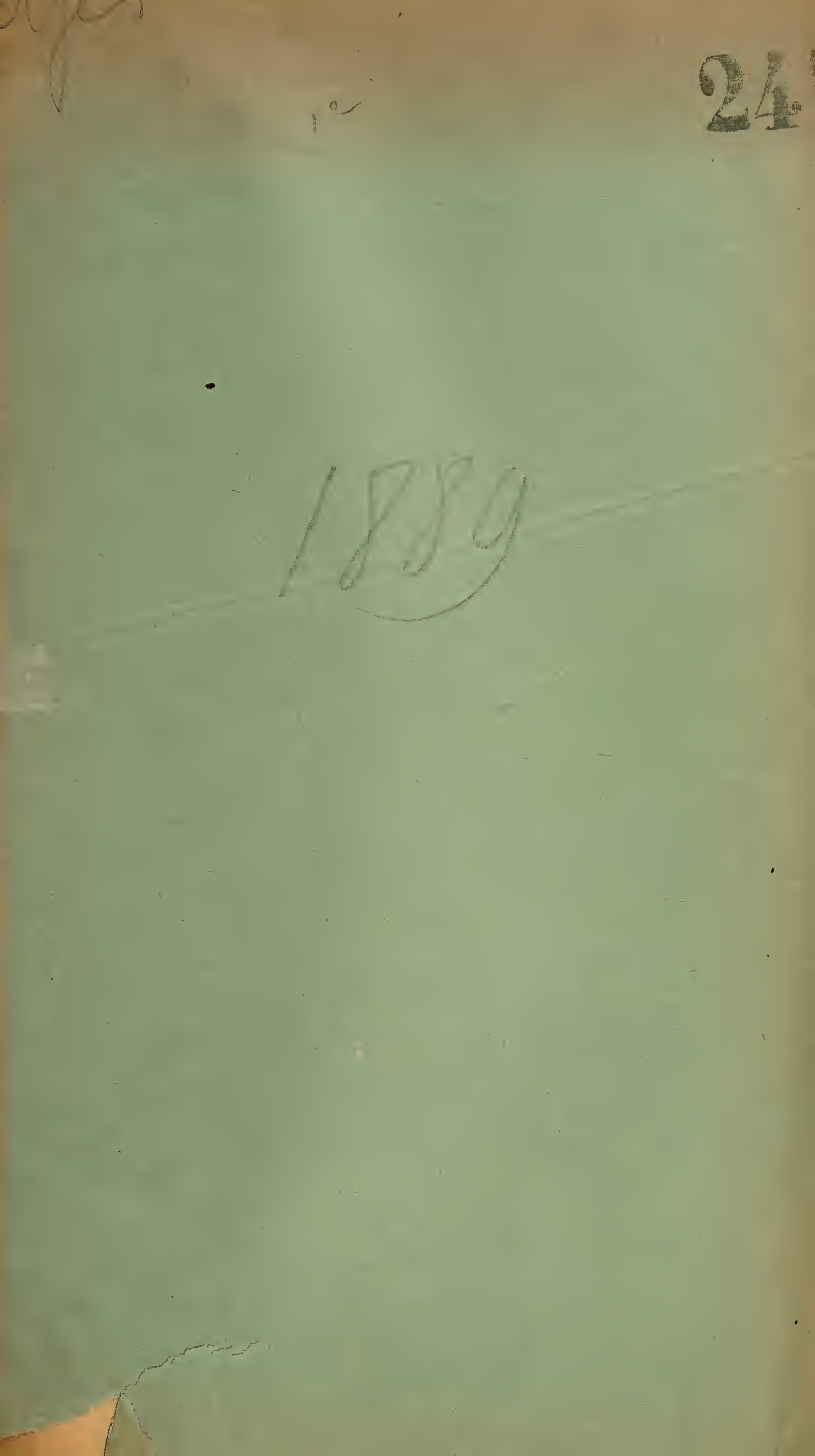

24
1889

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1889 N° 24

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE JEUDI 6 JUIN 1889.

Par Alfred HADJÈS

NÉ A SMYRNE, LE 14 MARS 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA GÉNÉRALISATION
DES
ÉPITHÉLIOMAS MUCOÏDES KYSTIQUES DE L'OVAIRE

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges M. PETER, professeur.
MM. JOFFROY et REMY, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1889

A MON PÈRE

LE COLONEL DOCTEUR J. HADJÈS BEY

EX-CHIRURGIEN EN CHEF DES HÔPITAUX MILITAIRES DE CONSTANTINOPLE
MÉDECIN EN CHEF DES PLACES FORTES DE L'ARCHIPEL
ET DE LA PROVINCE DE SMYRNE

RECONNAISSANCE ÉTERNELLE !

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR CORNIL

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR TERRIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ — CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BICHAT

A MONSIEUR MOSSÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ, CHARGÉ DE CLINIQUE ANNEXE
A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER
(SON PRÉPARATEUR DU COURS DE THÉRAPEUTIQUE EN 1887)

A MESSIEURS LES DOCTEURS

MARANDON DE MONTYEL ET H. BOUBILA

MÉDECINS EN CHEF DES ASILES D'ALIÉNÉS DE MARSEILLE
ET DE VILLE-ÉVRARD (SEINE-ET-OISE)
(LEUR INTERNE EN 1887-88)

HOMMAGE RESPECTUEUX !

AVANT-PROPOS

Certes, nous n'avons guère la prétention dans ce travail, d'apporter un contingent de faits nouveaux à l'histoire des kystes de l'ovaire. Grâce aux travaux de Waldeyer, Malassez, De Sinéty, Cornil, etc., l'anatomie pathologique de ces tumeurs a fait un grand pas dans ces dernières années. On est fixé aujourd'hui sur leur nature épithéliale; on connaît leurs différents modes d'évoluer; leur histoire clinique a été aussi parfaitement élucidée plus particulièrement depuis qu'on leur oppose un traitement chirurgical.

Avant l'avènement de l'ovariotomie, on considérait les kystes de l'ovaire (ou hydropisie enkystée de l'ovaire comme on disait alors de préférence) comme étant, en tant que tumeurs, de nature essentiellement bénigne; leur évolution généralement lente plaidait fortement en faveur de leur bénignité. Cependant cette affection était fréquemment mortelle. On lui connaissait comme complications graves : le volume excessif atteint parfois par le kyste qui condamnait la malade au lit, l'épuisement résultant des compressions circulatoires ou nerveuses et les déperditions que les ponctions répétées faisaient subir à l'organisme, enfin la péritonite aiguë ou chronique due à la rupture du kyste, à son inflammation, à la suppuration de son contenu.

C'est, sans conteste, à l'école de Montpellier, dans la personne de Delpech, que revient le mérite d'avoir pour la première fois mis en lumière ce fait clinique, que certains kystes de l'ovaire peuvent être considérés comme des cancers et que comme tels ils manifestent leur malignité en donnant naissance à des productions cancéreuses qu'on rencontre dans différents points de leurs parois (1).

L'engouement suit toujours de près un succès éclatant : l'ovariotomie, exceptionnellement pratiquée en France avant 1870 et fréquemment faite à cette époque en Angleterre par Clay, Hutchinson et surtout Spencer Wels, faisait émettre sur les kystes de l'ovaire un pronostic tout à fait favorable. L'ovariotomie avait-elle réussi, l'opérée était considérée comme radicalement et indéfiniment guérie de son affection.

Mais on en est revenu aujourd'hui sur ces idées par trop exagérées. D'une façon générale, un kyste de l'ovaire garde encore son étiquette de tumeur bénigne ; mais on sait que dans certains cas, malgré cette apparence de bénignité, un kyste peut récidiver après son ablation et devenir, à la manière d'un cancer, une cause d'infection locale et générale peu de temps après la cure merveilleuse obtenue par l'ovariotomie.

M. le Professeur Panas communiquait un cas de ce genre à la Société de chirurgie en 1874. Mais depuis que l'ovariotomie est devenue une opération courante et depuis que l'attention a été attirée là-dessus, de

(1) Delpech. *Clinique chirurgicale de Montpellier*, t. II, 1828.

nombreux cas analogues ont été rapportés par les chirurgiens.

Les travaux parus sur la question ne sont pas nombreux. Entre bien d'autres nous citerons, à titre de mémoire, celui de MM. Malassez et de Sinéty, la remarquable thèse de M. Poupinel et le mémoire récent de Cohn de Berlin (1).

Pour notre part, nous avons été fort intéressé par les belles leçons sur les kystes de l'ovaire, qu'a professées M. le Professeur Cornil à la Faculté de médecine au commencement de cette année scolaire. M. Terrier a bien voulu, d'autre part, nous faire l'honneur de nous communiquer les observations qui font la base de ce travail ; nous l'en remercions vivement. Nous avons recherché les cas de ce genre épars dans les divers recueils scientifiques français et étrangers, et c'est l'exposé modeste de ces observations, suivies de quelques considérations cliniques et anatomo-pathologiques, que nous publions à titre de documents.

Mais comme on le verra par la suite, nos observations sont de valeur inégale : pour la majorité, elles sont dépourvues d'un examen histologique satisfaisant, et il n'est que celles que nous devons à l'obligeance de M. Terrier qui soient, pour la plupart, complètes. C'est pour toutes ces raisons que nous n'avons pas la prétention de donner nos conclusions comme rigoureuses ; nos juges voudront bien prendre en considération la difficulté d'un pareil travail et se montreront indulgents, nous l'espérons.

(1) *Zeitschrift f. Geburtshulfe*, 1886.

Qu'il nous soit permis ici d'exprimer toute notre reconnaissance à nos maîtres de la Faculté de Montpellier et de Paris, et plus particulièrement à nos chers maîtres, MM. les Professeurs Cornil et Mossé (de Montpellier), pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée durant le cours de nos études.

Que M. le Dr Poupinel veuille bien agréer aussi tous nos remercîments pour l'amabilité avec laquelle il nous a aidé dans notre tâche.

Nous adressons également tous nos remercîments aux maîtres qui ont bien voulu écouter la soutenance de notre thèse inaugurale.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu sur l'anatomie pathologique des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire

L'ovaire est sans contredit, avec la mamelle, l'organe dans lequel on rencontre le plus souvent la formation kystique. Les kystes qu'on peut y observer sont de plusieurs variétés. Outre les kystes hématiques et les kystes hydatiques qui sont des raretés, l'ovaire peut être le siège :

1° De l'hydropisie des follicules de Graaf, kystes toujours très peu volumineux, passant souvent inaperçus et comportant toujours un pronostic très favorable;

2° De kystes dermoïdes;

3° De kystes de nature épithéliale appelés *épithéliomas mucoïdes*, par Waldeyer et Malassez, à cause de la ressemblance de leur revêtement épithélial à celui des muqueuses. Cette variété comprend la majorité des kystes de l'ovaire.

4° De kystes mixtes, à la fois dermoïdes et mucoïdes. Virchow, Martin, Friedreich, Flesch, Eichwald, Flaischlen, Coblenz, etc., en ont rapporté quelques exemples. Ces kystes ont fait le sujet d'un beau travail d'ensemble accompagné de superbes planches, de la part de M. le Dr Poupinel (*Archives de Physiologie*, 1887).

Les épithéliomas mucoïdes kystiques seuls nous occuperont.

D'après MM. Cornil et Ranvier, ces kystes sont des aberrations glandulaires qui ont, jusqu'à un certain point, leurs analogues dans les glandes composées de vésicules closes, comme l'ovaire, les glandes de l'utérus, etc.

C'est à ce titre que ces auteurs ont fait entrer ces kystes dans le cadre des tumeurs, où ils occupent le neuvième rang de leur classification avec l'épithéliome, le papillome et l'adénome.

Depuis les travaux de Waldeyer, de Malassez et de Sinéty, ces kystes sont considérés comme des épithéliomas. Mais ces épithéliomas revêtent des aspects variés et multiples, et en clinique ils conservent une certaine autonomie, car de la multiplicité et des dimensions de leurs cavités dépendent une marche et un pronostic différents.

Aussi une division s'impose, et MM. Malassez et de Sinéty établissent une première distinction entre les grands kystes et les tumeurs kystiques, types extrêmes entre lesquels prennent place des tumeurs intermédiaires qui servent de termes de transition. Le premier de ces types sera représenté par des tumeurs constituées de cavités de grandes dimensions, le tissu propre des kystes étant en faibles proportions; le second sera caractérisé par l'abondance du tissu de néoformation, tissu compact qui circonscrit de nombreuses cavités alvéolaires.

Selon leur mode d'évolution, l'un de ces types mène

à l'autre insensiblement par une série de produits intermédiaires et l'on comprend que les chirurgiens aient senti la nécessité, pour se reconnaître dans la diversité d'aspect de ces tumeurs, de les diviser, tout artificiellement d'ailleurs, en kystes uniloculaires, pauciloculaires, multiloculaires. Cette division bénéficie jusqu'à un certain point de l'avantage de s'adapter à la dissociation clinique de ces tumeurs d'après leur degré de bénignité ou de malignité. Or, leur pronostic est lié pour la majorité des chirurgiens à leur complexité plus ou moins grande de structure, ce qui revient à dire qu'il dépend de leur disposition uniloculaire ou multiloculaire.

Que doit-on désigner sous le nom de kyste uni ou pauciloculaire ; quels sont les caractères des kystes multiloculaires et des tumeurs kystiques ?

A. — « Parmi tous les kystes que nous avons examinés, nous n'en avons pas rencontré un seul qui fut véritablement uniloculaire.» Ainsi s'expriment MM. Malassez et de Sinéty, et, en effet, tous les kystes uniloculaires qui sont soumis à un examen approfondi, présentent bien une grande loge principale ; mais en les examinant avec soin, on retrouve toujours des cavités kystiques si petites parfois qu'elles peuvent passer inaperçues.

Les kystes uniloculaires sont donc des pauciloculaires. Ces kystes se présentent sous la forme de quelques poches peu nombreuses, pouvant atteindre un développement énorme et dépasser de beaucoup le

volume de l'utérus gravide. La consistance et l'épaisseur des parois de ces kystes sont très variables. Elles sont ordinairement souples bien que fort résistantes; leur épaisseur dépend des points observés et varie à l'infini. Cependant la minceur de la paroi est quelquefois telle que celle-ci devient transparente et peut se rompre sous le moindre choc, le contenu du kyste se déversant alors soit à l'extérieur dans la cavité abdominale, soit dans la cavité d'une autre poche.

A l'œil nu ou à un faible grossissement, on peut distinguer dans la paroi d'un kyste trois couches dont une moyenne à grandes mailles, lâche et de texture fragile, interposée à deux couches fibreuses et résistantes. Ce sont ces deux couches limitantes que Wilson Fox appelle « internal Wall » et « external Wall ».

Dans la couche externe formée de tissu fibreux lamellaire, on y voit des fibres musculaires lisses, très nombreux, surtout au voisinage du pédicule. La couche moyenne sert de charpente aux vaisseaux qui sont représentés par des artères hélicines analogues à celles de l'ovaire normal, des veines d'assez gros calibre qui y rampent pour se distribuer aux couches limitantes et des lymphatiques. La couche interne ressemble en tous points à l'externe; le tissu conjonctif en est peut-être un peu moins compact.

Dans l'intérieur des grands kystes on remarque assez souvent des vestiges plus ou moins nets de cloisons. A leur niveau, la couche moyenne n'existe pas; on ne la retrouve qu'en se rapprochant de la paroi principale. On trouve parfois des cloisons complètes, présentant

dans leur étendue une solution de continuité disposée en perforation de forme plus ou moins régulière. C'est en se fondant sur l'existence, dans les grandes cavités kystiques, de vestiges de cloisons usées, atrophiées, perforées, que MM. Malassez et de Sinéty admettent dans les kystes multiloculaires un processus de destruction entraînant la diminution du nombre des loges et la transformation de ces kystes multiloculaires en pauciloculaires. Nous y reviendrons d'ailleurs un peu plus loin.

Examinée au microscope, la surface extérieure ou péritonéale est tapissée d'un revêtement épithélial cubique, court, tout à fait différent de l'épithélium plat péritonéal. Waldeyer voudrait expliquer par cette disposition pourquoi les kystes de l'ovaire ne contractent relativement que peu d'adhérences avec les tissus ambiants. Il est reconnu, dit-il, que deux séreuses en contact se soudent facilement; si une muqueuse (et le revêtement externe des kystes en a les caractères) en contact avec une séreuse se soude à elle, c'est que l'épithélium de la muqueuse s'est notablement modifié. D'après le même auteur, cet épithélium reste dans un état d'intégrité parfaite, tant que la tumeur n'a pas dépassé à peu près le volume d'une tête d'enfant. Cela vient encore une fois, avec bien d'autres considérations, à l'appui des conclusions que nous donnons à la fin de ce travail, à savoir qu'il faut opérer le *plus tôt possible*. Il ne faudrait pas non plus ponctionner trop souvent, car les ponctions répétées produisent des adhérences.

La surface interne des kystes présente un revêtement épithélial fort curieux et sur lequel M. Malassez a beaucoup insisté. Cet épithélium appartient au type cylindrique; il est disposé en général sur une seule couche, mais parfois aussi il est stratifié. Le plus souvent les cellules de ce revêtement interne présentent le polymorphisme le plus remarquable : les unes sont étroites et longues, les autres sont nettement triangulaires, couronnées parfois d'un plateau cilié.

Nous préférons parler plus longuement de cet épithélium lorsque nous étudierons les kystes multiloculaires; nous réserverons aussi pour ce moment-là l'étude des proliférations d'origine épithéliale et d'origine conjonctive, dont la paroi des grands kystes pauciloculaires peut aussi être le siège, quoique cela soit rare à la vérité.

Pour Virchow, Waldeyer, Malassez et de Synéty, le type primitif des kystes ovariques est le type multiloculaire, les autres types (uni ou pauciloculaire) ne représentant qu'un état sénile de ce dernier. D'ailleurs plus un kyste est organisé et actif et plus il faut compter avec sa malignité; aussi, sans plus nous attarder, nous allons entrer dans le cœur de ce chapitre qui est l'étude des kystes multiloculaires et des tumeurs kystiques.

B. — Les kystes multiloculaires sont caractérisés par un agrégat de kystes à proximité les uns des autres, développés sur le même ovaire. Ces kystes peuvent être indépendants; plus fréquemment ils ne le sont pas,

et leurs parois sont adossées ou communes. Dans ce dernier cas la tumeur se présente comme une masse d'ordinaire arrondie, plus ou moins régulière, constituée par plusieurs grandes poches, dans les parois desquelles se développent des poches secondaires et tertiaires. Les parois de ces poches secondaires et tertiaires peuvent se développer et proéminer, soit à l'intérieur des poches principales, soit à la surface de la masse kystique. L'on comprend que dans ce dernier cas, le chirurgien puisse sentir, par la palpation méthodique de l'abdomen, ces bosselures lorsqu'elles sont exagérées.

On voit parfois des kystes qui ont une ou plusieurs de leurs loges notablement plus volumineuses que les autres et, en pareille circonstance, ces kystes pourraient être pris pour des kystes pauciloculaires. Mais ce qui permet d'en faire la distinction, c'est que les cavités secondaires dans le cas de kystes pauciloculaires, forment la plus faible partie de la tumeur, tandis qu'elles en constituent la masse principale dans le cas de kyste multiloculaire. Cette distinction qui au point de vue anatomique pur est de médiocre intérêt, devient d'une importance capitale pour le chirurgien, car dans tel cas donné les ponctions seront plus ou moins profitables, tandis que dans tel autre l'extirpation pourrait offrir plus ou moins de difficulté.

Comme le fait remarquer M. Quénu (1), une grande poche, de nombreux kystes, une masse aréolaire, voilà les trois éléments communs à la plupart des kystes

(1) *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire.* Paris, 1881.

multiloculaires. Généralement la paroi principale du grand kyste enveloppe tous les kystes secondaires et forme la limite extrême de la tumeur.

L'ensemble de la masse totale d'un kyste multiloculaire forme ainsi une tumeur de poids et de volume très considérables habituellement. Mais il en est, par contre, qui n'arrivent pas au volume énorme des précédents. Ils se présentent sous l'aspect de tumeurs pâles ou à peine rosées, bosselées, constituées par une agglomération de cavités sphériques à parois minces, de texture fragile et dont le contenu est un peu lactescent.

Nous avons à étudier dans un kyste multiloculaire la paroi fibreuse, l'épithélium de revêtement et le contenu des loges.

Pour ce qui est de la texture de la paroi fibreuse, nous en avons sommairement désigné les éléments au sujet des kystes pauciloculaires. La même description peut s'appliquer ici.

Le contenu des loges peut nous arrêter quelques instants. Ce contenu est sujet à de grandes variabilités; cependant il revêt certaines propriétés caractéristiques qui ne font jamais défaut. Aussi l'assertion de Graily Hewits (1), qui admet que le liquide d'un kyste ne peut jamais, par la ponction, être différencié du liquide ascitique, nous semble ne pas répondre à la vérité. Ordinairement le liquide des kystes ovariques présente un aspect trouble, brun, rouge ou bien vert jaunâtre et cette variété de

(1) *Diagnosis, Pathology and Treatment of diseases of the Ovary*. London, 1868.

nuances dépend de la plus ou moins grande quantité de sang auquel il se trouve mélangé. Tous les degrés de consistance peuvent s'observer, depuis la fluidité du sérum jusqu'à la consistance de la gélatine. « On peut observer d'ailleurs dans les kystes para-ovariens, dit M. le Dr Poupinel (1), une égale variété dans la fluidité du contenu: aucun caractère diagnostique ne peut donc être tiré de la consistance du liquide kystique. »

Spiegelberg affirme que si par une ponction abdominale on tire un liquide de couleur foncée, visqueux et d'une densité de 1018 à 1024, on peut dire sans plus ample examen qu'il s'agit de kyste ovarique. Nous croyons qu'il vaut mieux compter fort peu sur ces affirmations et beaucoup sur les données fournies par la chimie et le microscope.

Nous voudrions présenter quelques considérations sur la composition chimique du liquide des kystes ovariques; mais pour ce qui regarde notre sujet ce serait faire œuvre inutile. Nous renvoyons pour cela à l'excellent mémoire qu'Eichwald (2) a publié sur la question en 1864 et aux excellentes analyses de M. Méhu. Qu'il nous suffise de savoir que pour le premier de ces auteurs le liquide des kystes ovariques tient en dissolution de la muco-peptone, de l'albumino-peptone, de la métalbumine et de la paralbumine, cette dernière se retrouvant invariablement dans toutes les analyses.

(1) *Revue de chirurgie*, 1886.
(2) *Würtzburger med. Zeitschrift.* 1864.

Le liquide kystique tient en suspension divers éléments figurés dont certains ne sont pas assez altérés pour qu'ils ne permettent de les distinguer. On y voit des cellules épithéliales, des globules sanguins, des cellules granuleuses à double contour, qui seraient des cellules épithéliales ou, d'après M. Malassez, des éléments lymphatiques en dégénérescence, des cellules étoilées et anastomosées d'origine conjonctive, enfin des granulations hyalines, graisseuses, hématiques et des cristaux de cholestérine.

Le revêtement épithélial présente ici les caractères généraux que nous lui avons décrits au sujet des kystes pauciloculaires. A la surface externe du kyste, c'est toujours l'épithélium cubique, différant de l'épithélium plat péritonéal, qui sert de revêtement.

Les cellules qui constituent le revêtement interne présentent, comme nous l'avons dit, le polymorphisme le plus remarquable et peuvent coexister côte à côte dans la même cavité kystique

Habituellement cet épithélium est cylindrique et en tous points identique à celui des follicules de de Graaf; mais à côté de cellules cylindriques plus ou moins hautes, s'observent des cellules caliciformes et des éléments d'aspect indéterminé et bizarre, à protoplasma granuleux, auxquels M. Malassez a donné le nom d'épithélium *métatypique* (1). — Fréquemment l'épithélium est vibratile.

Ces éléments épithéliaux peuvent proliférer avec plus ou moins d'énergie; leur forme peut s'altérer et ils peu-

(1) *Archives de Physiologie* 1877, p. 44.

vent subir la dégénerescence muqueuse. Cette dégénérescence, cette activité de néoformation et ce polymorphisme peuvent être d'un précieux secours pour le pronostic à porter. On comprendra que si l'on trouve, à l'examen d'une tumeur, des cellules en voie de prolifération, des cellules polymorphes, disposées sur plusieurs couches, on soit obligé de conclure à sa plus grande activité de néoformation, d'où un pronostic sévère.

La présence de cellules caliciformes et la dégénérescence muqueuse des cellules nous donneront partiellement le mécanisme de l'augmentation de volume d'une poche kystique. On peut donc considérer la surface interne d'un kyste comme une surface sécrétante.

Maintenant que nous connaissons les différents éléments qui entrent dans la constitution d'un kyste multiloculaire, nous sommes à même de comprendre l'évolution de cette tumeur, soit qu'elle tende vers la simplification, soit qu'elle se mette à proliférer très activement. Cela nous conduira insensiblement à parler des tumeurs kystiques dont nous avons évité l'étude jusqu'ici.

Or, nous avons à considérer dans un kyste deux éléments distincts, l'élément épithélial et l'élément conjonctif, qui peuvent être séparément ou conjointement le siège d'une évolution active.

L'élément épithélial manifeste sa vitalité de deux façons : ou il sécrète, ou il prolifère. Or, il est un fait qui peut paraître paradoxal, c'est que cette activité

épithéliale peut être un des modes suivant lesquels un kyste mutiloculaire se simplifie dans sa texture.

En effet, la sécrétion des cellules et leur dégénérescence aboutissent à la formation d'une quantité toujours plus grande de liquide kystique. La tumeur augmente nécessairement de volume par distension de ses cavités. Les cloisons interposées aux différentes loges, sous l'influence d'une distension exagérée, s'amincissent peu à peu; des perforations ont lieu, à la suite desquelles ces cloisons disparaissent plus ou moins complètement. Ce processus aboutit à la fusion de deux cavités voisines en une seule et, comme résultat général, à la diminution du nombre des loges, à la transformation d'un kyste multiloculaire en pauciloculaire et uniloculaire.

Que l'activité épithéliale, au lieu de se manifester par la sécrétion des éléments cellulaires, se manifeste par leur prolifération, et l'évolution de la tumeur aura lieu dans un sens opposé. On voit alors l'épithélium pousser, dans l'épaisseur de la paroi, des bourgeons en forme de doigt de gant qui peuvent, dans certains cas, se ramifier et représenter ainsi de petites glandes, soit en tubes, soit acineuses, d'où leur vient le surnom de tumeurs *adénoïdes* (adénome cylindro-cellulaire des Allemands). Ces bourgeons épithéliaux creux, se dilatent peu à peu et peuvent s'isoler de leur lieu d'origine; tantôt ils deviennent complètement indépendants et constituent des kystes secondaires, tantôt ils gardent, avec la cavité kystique qui leur a donné naissance, une communication d'une ténuité extrême. C'est en se fondant sur l'élargissement progressif de cet orifice de communication des

deux cavités kystiques et sur la rupture des cloisons intermédiaires, dont nous avons parlé il y a un moment, que Hugo-Coblenz (1) prétend expliquer le mécanisme de la simplification des kystes multiloculaires.

Quoi qu'il en soit, c'est là le processus de formation des kystes secondaires qui est admis aujourd'hui par l'immense majorité des histologistes, contrairement à l'opinion de Wilson Fox qui est tombée en discrédit. Tout le mérite en revient aux travaux de Waldeyer et Malassez. C'est cette variété de kystes proliférants que Virchow a décrite sous le nom de *Kystome prolifé-rant glandulaire*, par opposition aux kystomes prolifé-rants papillaires.

Tel est un des modes de prolifération épithéliale; mais il en est un autre qui représente un stade de plus grande activité. Au lieu de ces tubes épithéliaux glandulaires, on voit des bourgeons épithéliaux pleins qui sillonnent le stroma de la tumeur dans tous les sens. Que ces amas épithéliaux soient très nombreux et très développés, et l'on sera très embarrassé à l'examen d'une coupe pour affirmer qu'on n'a pas affaire à un carcinome : travées fibreuses formant des cavités alvéolaires et dans ces cavités des cellules en tous points semblables aux cellules épithélioïdes, tout y est. Cependant la nature épithéliale de ces cellules carcinomateuses est indiscutable pour MM. Malassez et de Sinéty : « 1° en raison de la continuité de tissu qu'on peut observer entre ces amas de cellules carcinomateuses et des revêtements de kystes

(1) *Arch. de Virchow* t. 82.

franchement épithéliaux; 2° en raison de l'existence, dans ces masses carcinomateuses, de petites cavités qui ne sont nullement dues à une dégénérescence quelconque de cellules et qui sont tapissées par des éléments nettement épithéliaux. »

Nous venons de voir quel est le résultat de la prolifération de l'élément épithélial des kystes ovariques. Mais le stroma conjonctif vasculaire, lui aussi, est susceptible d'acquérir un développement considérable. Les parois fibreuses d'un kyste peuvent ainsi augmenter d'épaisseur par développement du tissu connectif qui les constitue; ce processus exagéré aboutit à l'apparition d'excroissances papilliformes composées de tissu conjonctif aux diverses phases de son évolution. Ces végétations peuvent se trouver à la face externe et se développer librement dans la cavité péritonéale ou bien proéminer dans les cavités kystiques qu'elles peuvent réussir à combler. « Par suite du développement exagéré de végétations développées dans un des kystes superficiels de la tumeur, la paroi de ce kyste ainsi distendue peut se rompre; les végétations peuvent dans ce cas paraître à première vue extra-kystiques, ou même le devenir réellement par suite du retournement complet de la poche kystique. La face interne de celle-ci devient ainsi externe et l'épithélium qu'on trouve alors sur elle et sur les végétations qui la tapissent est l'épithélium cylindrique, caliciforme, vibratile ou polymorphe que l'on rencontre d'ordinaire à la face interne des kystes (1). »

(1) Poupinel. — *Revue de Chirurgie*, 1886, p. 465.

La structure de ces végétations, lorsqu'elles sont d'un certain volume, présente beaucoup d'analogie avec les papilles du derme ou des muqueuses; comme ces dernières, elles possèdent un appareil vasculaire organisé de la même façon. En raison de cette disposition, ces végétations peuvent être considérées comme de véritables papillomes.

Le stroma peut se développer aussi de façon à se transformer en tissu fibreux pouvant acquérir de grandes proportions, en tissu fibro-sarcomateux ou muqueux.

Nous avons décrit jusqu'ici séparément les résultats de la prolifération épithéliale et conjonctive. Mais nous ferons remarquer que les formes kystiques glandulaires ou papillaires pures sont exceptionnelles. D'ordinaire l'activité de ces deux éléments marche de pair. L'on comprend aisément quel sera l'aspect microscopique de ces tumeurs qui, par exemple, pourront être végétantes, en même temps qu'elles présenteront dans leurs parois soit des masses adénoïdes, soit des masses carcinoïdes, etc. Les végétations elles-mêmes ne seront pas purement conjonctives, leur texture sera mixte. En même temps que le stroma bourgeonne et contribue à les former, l'épithélium qui les recouvre prolifère, envoie dans le stroma des bourgeons creux ou pleins; d'où l'aspect adénoïde de la coupe d'une végétation (Malassez, Poupinel).

Nous arrivons ainsi, sans nous en apercevoir, à parler des tumeurs kystiques. Ces tumeurs sont l'expression des kystes compliqués dans leur texture par la prédo-

minence des parties solides sur l'élément kystique. Malassez les définit : « Kystes dans lesquels les parties solides prédominent; dans les kystes, proprement dits, c'est l'élément kyste qui l'emporte ». On est frappé par la consistance et la fermeté toutes spéciales que présentent ces tumeurs dans le cas où le tissu conjonctif prédomine : à la coupe, elles apparaissent d'une coloration blanc-grisâtre et crient sous le scalpel. Cet issu blanchâtre, qui n'est autre que le stroma considérablement augmenté de volume, est criblé de cavités qui ne sont autre chose que des tubes ou des kystes; mais ce qui est caractéristique, c'est l'espace relativement considérable qui sépare ces néoformations épithéliales les unes des autres. Ce tissu conjonctif semble même avoir son maximum de densité au pourtour des grandes poches, où Mallassez l'a vu parfois de consistance cartilagineuse ainsi que cela se voit aussi dans une de nos observations.

Les kystes de l'ovaire et plus spécialement les tumeurs kystiques entrent souvent en dégénérescence colloïde. Celle-ci peut porter sur l'épithélium ou sur le stroma isolément ou simultanément. D'ordinaire c'est le tissu conjonctif qui en est le siège; on voit alors le stroma, resté d'ailleurs normal dans la plupart de ses points, circonscrire de loin en loin des masses transparentes et molles, d'aspect gélatiniforme. Ces masses peuvent même dépasser en nombre les cavités, tubes ou kystes existant déjà et faire croire (dans le cas de kyste pauciloculaire) à un kyste aréolaire dont chaque cavité serait remplie de substance colloïde; il n'en est rien cependant, car les cavités à contenu colloïde manquent d'épithé-

lium de revêtement, tandis que les véritables cavités kystiques en possèdent un qui ne fait jamais défaut. Il arrive quelquefois que des globes de substance colloïde sont si rapprochés de la cavité d'un kyste, qu'il n'est plus qu'un pont de cellules épithéliales appartenant au revêtement de celle-ci qui les en sépare; dans ce cas il arrive presque toujours que cette barrière épithéliale cède, soit mécaniquement, soit par dégénérescence. La communication s'établit largement et il devient alors très difficile de reconnaître quel a été le point de départ de la dégénérescence.

Après ces quelques considérations sur l'anatomie pathologique des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire, on peut, pour se résumer, considérer l'évolution d'un kyste multiloculaire qui, comme nous l'avons vu, est le type primitif des kystes, de diverses façons: 1° il peut rester stationnaire; 2° sa marche peut tendre vers la simplification, la disparition, la dégénérescence graisseuse, l'infiltration calcaire, — points que nous avons à peine ébauchés dans le cours de ce chapitre; 3° cette marche peut être tout opposée, le kyste pouvant évoluer activement, se transformer en tumeur kystique, végéter; c'est cette évolution active que nous avons esquissée à grands traits jusqu'ici.

Mais, on ne sait pourquoi, les kystes ovariques peuvent évoluer dans certains cas avec tous les caractères des tumeurs malignes; ils produisent une infection locale ou générale, se généralisent du côté des organes du petit bassin (utérus, rectum), de la cavité péritonéale, quelquefois des organes bien plus éloignés et ces

tumeurs récidivent aussi après leur ablation si tant est que celle-ci ait eu lieu. Mais il est un fait certain, c'est qu'en thèse générale les kystes de l'ovaire ou tumeurs kystiques qui exposent le plus à des généralisations graves, sont ceux dans lesquels on trouve des néoformations carcinoïdes ou colloïdes. Le tumeurs à aspect adénoïde semblent moins dangereuses. Telles sont les conclusions auxquelles sont arrivés MM. Mallassez, de Sinéty, Poupinel; telles sont aussi les nôtres.

Mais nous dirons, pour notre part, que c'est plus spécialement dans les tumeurs kystiques qu'on rencontre ces néoformations carcinoïdes ou colloïdes qui font craindre la généralisation ; les kystes multiloculaires et pauciloculaires peuvent aussi cependant en être le siège.

S'il est vrai que l'exception confirme la règle, nous citerons à titre d'exception un cas de kyste prolifère, sans productions adénoïdes ou carcinoïdes, avec métastases éloignées, que nous devons à l'obligeance de M. Segond et qui nous a été remis par M. le Dr Poupinel.

Les tumeurs secondaires sont toujours composées de néoformations semblables à celles qu'on observe dans les tumeurs primitives, c'est-à-dire de néoformations adénoïdes, carcinoïdes, colloïdes.

D'ailleurs nous reviendrons pour ce qui regarde le siège de ces tumeurs secondaires, leur rapidité d'évolution ainsi que pour certaines particularités cliniques, à la fin de ce travail.

Nous allons exposer maintenant les observations qui forment la base de ce travail en les faisant suivre de quelques réflexions.

CHAPITRE II

A. Observations de généralisation d'épithéliomas mucoïdes kystiques avec examen histologique

Observation I

Hôpital Bichat. Service de M. Terrier. *Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Ovariotomie. Guérison. Double récidive au sein gauche. Double opération. Guérison définitive. Observation inédite* (1). (Résumée.)

La nommée Wangel..., femme Besançon, âgée de 53 ans, entre le 8 mars 1887 dans le service de M. le Dr Terrier, salle Chassaignac, lit n° 26. Antécédents héréditaires insignifiants.

Antécédents personnels. — Ma malade a été réglée à quatorze ans, mariée à dix-huit ans. Elle a eu un enfant à l'âge de vingt ans, lequel a succombé au bout de trois mois. A l'âge de vingt et un ans, elle eut un autre enfant qui vit. Accouchements normaux. Les règles étaient régulières après les couches. La ménopause a eu lieu à l'âge de quarante-huit ans sans aucune complication.

Il y a un an, la malade s'aperçoit que son ventre grossit; elle est sujette à la constipation et les urines deviennent troubles et laissent un dépôt floconneux au fond du vase. L'appétit se perd peu à peu, mais malgré cet état la malade ne souffre guère de son ventre. Au bout de trois mois, la malade entre à l'hôpital Dubois (maison de santé municipale) et y reste huit mois. Durant son séjour, treize ponctions furent

(1) La première partie de cette observation se trouve dans la Thèse de M. Gundelach (Paris 1887).

faites et laissèrent écouler, les deux dernières fois, une très grande quantité de liquide jaune clair (ascite). A mesure que l'abdomen augmentait de volume, les jambes de la malade s'œdématiaient et une fois les ponctions faites, l'œdème des membres inférieurs disparaissait. Pas de palpitations, mais oppression très forte, coïncidant avec les périodes de grande distension du ventre et avec l'œdème des membres inférieurs dont nous avons parlé.

A ce moment, les douleurs n'ont pas encore fait leur apparition ; les urines sont diminuées, mais elles augmentent de quantité à la suite de chaque ponction.

La malade entre à l'hôpital Bichat, le 8 mars, dans le service de M. le Dr Terrier.

Examinée le 14 mars, on constate que le ventre est considérablement augmenté de volume : il est étalé et la cicatrice ombilicale est complètement déplissée. La circulation veineuse de la paroi abdominale est un peu développée. A la percussion, on constate de la matité sur les parties latérales de l'abdomen jusqu'au rebord des fausses côtes ; sur la ligne médiane, la matité remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On a de la sonorité sur les parties latérales de l'abdomen lorsqu'on fait coucher la malade sur le côté opposé. A la palpation on sent nettement le flot du liquide *ascitique* et on a cette sensation dans tous les sens. Par la palpation profonde, on sent, à travers le liquide ascitique, une tumeur bosselée, située dans la partie gauche du petit bassin et remontant dans la fosse iliaque jusque vers le flanc gauche.

Pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'oppression ni de palpitations.

Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus mobile, les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéral droit libres; le cul-de-sac latéral gauche est un peu effacé, et légèrement sensible.

Ovariotomie. — Elle est pratiquée le 22 mars par M. le Dr Terrier, aidé de MM. les Drs Périer et Berger. Sont présents à l'opération, MM. les Drs Richelot, Quénu et Routier.

Incision sur la ligne médiane de l'abdomen, partant un peu au-dessus de l'ombilic et se prolongeant jusqu'à cinq centimètres du pubis environ.

Lorsqu'on arrive sur le péritoine, on fait une incision à cette séreuse

au milieu de l'incision primitive ; il s'écoule par cette ouverture douze litres de liquide ascitique de couleur jaunâtre. Lorsque l'écoulement de liquide est terminé, on prolonge avec des ciseaux l'incision du péritoine en haut et en bas jusqu'au niveau de l'incision des tissus sus-jacents ; on aspire le reste du liquide ascitique avec l'aspirateur employé pour la ponction des kystes. On aperçoit alors fort nettement un kyste en grappe végétant de l'ovaire gauche. La partie supérieure du kyste présente des adhérences avec le côlon transverse ; on les sectionne entre deux pinces, puis on applique sept ligatures faites avec du catgut fin. Le pédicule est large ; on le sectionne entre deux fortes pinces, puis on le lie en faisant des ligatures en chaînettes avec un fil de soie. On applique dix sutures profondes avec du fil d'argent pour refermer la cavité abdominale et quelques sutures superficielles. Durée de l'opération, cinquante minutes.

Les suites de l'opération sont favorables et la malade sort guérie dans le courant du mois de mai.

Histoire de la généralisation. — Nous isolons à dessein cette partie de l'observation à cause de son importance et parce qu'elle nous semble donner lieu à des considérations particulières.

La malade était porteuse, depuis vingt ans, d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, de consistance ferme, non douloureuse, située près du mamelon gauche. Cette petite tumeur a conservé le même volume pendant ce grand laps de temps sans la faire souffrir, la gêner aucunement jusqu'en 1887.

A cette époque, vers la fin du mois de juin, *trois mois après l'ovariotomie*, Mme B.... éprouve par moments de petits élancements localisés à l'endroit malade.

En février 1888, la malade s'aperçoit que la petite tumeur grossit légèrement et atteint peu à peu le volume d'une noix ; cette augmentation de volume n'est pas accompagnée d'une modification particulière dans la coloration de la peau.

Rentrée à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, le 17 mai 1888, Mme B.... présente au sein gauche une tumeur dure du volume et de la forme d'un gros œuf, située sous la peau à laquelle elle paraît adhérer. Sa direction est oblique de haut en bas et de droite à gauche. Cette tumeur n'est pas douloureuse au palper ; à son niveau la peau est lisse et n'a pas subi d'altération dans sa coloration.

Les ganglions de l'aisselle ne paraissent pas augmenter de volume.

Opération le 1er juin 1888. — Ablation du sein ; extirpation des ganglions situés dans la paroi postérieure de l'aisselle, qu'on n'avait pu percevoir avant l'opération. Mme B..., sort de l'hôpital le 23 juin ; la plaie n'est pas complètement cicatrisée ; il reste quelques bourgeons charnus, mais la malade ne ressent aucune douleur et se sert facilement de son bras gauche. Son état général est excellent. L'abdomen présente, au niveau de la cicatrice de l'ovariotomie, une légère éventration ; il est d'ailleurs souple, indolore et ne présente pas trace de tumeur abdominale.

Le 19 octobre 1888, Mme B..., rentre à l'hôpital Bichat. Le néoplasme du sein gauche, enlevé une première fois, a récidivé sous forme d'un noyau irrégulier, bosselé, du volume d'une noisette, adhérant par sa face profonde au grand pectoral.

Opération du néoplasme récidivé du sein gauche quelques jours après l'entrée.

Examen anatomo-pathologique. — A. Du kyste ovarique. Le kyste est implanté sur l'ovaire gauche et du volume des deux poings. Le pédicule est large et d'aspect sarcomateux. La masse principale de la tumeur est solide ; à la surface de la masse principale se trouve un grand nombre de petits kystes, les plus volumineux ayant le volume d'une mandarine, les autres celui d'une cerise.

Examen histologique des deux tumeurs du sein gauche. — B. L'examen histologique des deux tumeurs pratiqué au laboratoire de l'hôpital Bichat, par le Dr Poupinel, démontre leur nature épithéliomateuse. Dans certains points de la périphérie de la petite tumeur enlevée en second lieu, on trouve nettement les caractères de l'épithélioma tubulé à cellules cylindriques. Partout ailleurs dans les deux tumeurs, l'altération est plus avancée ; tantôt il s'agit de cavités tapissées d'un épais revêtement épithélial à cellules métatypiques, disposées sur un nombre considérable de couches, tantôt l'aspect est celui de l'épithélioma carcinoïde.

Réflexions. — Cette observation est très intéressante à bien des points de vue.

Cliniquement il est important d'observer que l'évolution de la tumeur ovarique a lieu assez sournoisement au début, pendant les trois premiers mois. Un peu de constipation, une légère inappétence, des urines qui déposent, voilà à quoi se résument les symptômes à cette époque. Fait important à signaler, la malade ne souffrait alors nullement. Mais à la maisen Dubois, de nouveaux phénomènes se produisent ; en premier lieu l'*Ascite* qui est considérable et qui nécessite treize ponctions successives, puis l'oppression coïncidant avec l'œdème des membres inférieurs et la distension exagérée du ventre, symptômes qui invariablement disparaissent par la ponction.

L'histoire de la généralisation est fort intéressante. La malade portait depuis vingt ans, une petite tumeur au sein gauche, laquelle, *trois mois* après l'ovariotomie, prend subitement un singulier développement.

Que faut-il en penser? Faut-il admettre que la tumeur du sein, lors de son apparition, tout à fait au début, était contemporaine de la dégénérescence kystique de l'ovaire non encore appréciable cliniquement, ou faut-il croire qu'elle était la première en date et que, sous une influence qui nous échappe, elle aurait abandonné ses caractères de bénignité apparente pour prendre l'aspect clinique d'une tumeur maligne. Il serait imprudent à nous de chercher à adopter rigoureusement l'une de ces deux opinions qui, en somme, sont des hypothèses et qui

comme leurs congénères ne méritent qu'un crédit très restreint.

Nous ferons remarquer seulement le faible espace de temps qui sépare l'ablation du kyste ovarique du développement subit de la tumeur de la mamelle, et la distance considérable qui sépare les deux glandes où se sont développés les néoplasmes.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, nous avons à signaler le caractère végétant de la tumeur kystique de l'ovaire gauche, à rapprocher de l'ascite considérable dont nous avons déjà parlé et l'aspect sarcomateux du pédicule.

Il est regrettable que l'examen histologique de la tumeur ovarique n'ait pas été noté avec plus de détails.

Les deux tumeurs du sein gauche sont de nature épithéliale et présentent tantôt les caractères de l'épithélioma tubulé, tantôt ceux de l'épithélioma carcinoïde.

Observation II

Hôpital Bichat. Service de M. le Dr Terrier. — *Kystes papillomateux des deux ovaires. Dégénérescence colloïde avec extension au péritoine. Ovariotomie. Guérison.* (N° 125 des *Tables statistiques* de M. Terrier. Observation inédite. Résumée).

Mme Arrêtat, âgée de 44 ans, femme, n'ayant pas eu d'enfants, entre à l'hôpital dans le courant de novembre 1885.

Antécédents personnels. — A été toujours bien réglée. Désigne comme début de l'affection actuelle trois ans. Elle aurait été sujette, à cette époque, à de vives douleurs. L'abdomen aurait considérablement augmenté de volume. *Ascite considérable;* sept ponctions

ont été pratiquées pour évacuer le liquide ascitique. Mictions plus fréquentes que normalement.

Ovariotomie. — Faite par M. Terrier le 15 décembre 1885. — Pas d'adhérences ; kystes papillomateux des deux ovaires ; *plaque néoplasique*, rougeâtre, dépolie, rugueuse sur le *péritoine pariétal*, presque au niveau de la ligne médiane ; rien autre chose dans la cavité abdominale.

Pédicules liés et abandonnés : durée de l'opération cinquante-trois minutes. Suites de l'opération favorables ; les règles sont irrégulières. L'opérée, revue à la fin de l'année 1886, se portait fort bien.

Examen anatomo-pathologique (Fait par M. le Dr Poupinel). — A. Énorme tumeur en chou-fleur pesant 1.250 gr., développée aux dépens de l'ovaire gauche. La masse centrale est une tumeur polykistique à trois loges principales. La plus grosse de ces loges présente le volume d'un petit œuf de poule et est littéralement remplie par des végétations blanchâtres, pédiculées et sessiles suivant les points. Les deux autres loges sont dépourvues de végétation sur leur face interne. D'autres loges plus petites sont remplies de végétations. A la face externe de la tumeur se trouvent d'énormes végétations blanchâtres, blanc-rosées, rougeâtres, avec quelques grains en dégénérescence tantôt calcaire, tantôt caséeuse. Ces végétations sont sessiles pour la plupart ; d'autres sont reliées à la tumeur par un pédicule plus ou moins long. La longueur du pédicule est, en certains points, de quatre centimètres et demi environ. Le pédicule est toujours très grêle par rapport au groupe de végétations qu'il soutient ; il est creux. La trompe correspondante est attenante à la pièce et sectionnée à ses deux extrémités. Elle porte, appendue à des pédicules très grêles, plusieurs petits kystes.

B. — Il existait une tumeur analogue, plutôt plus volumineuse, sur l'ovaire droit ; elle n'a pu être enlevée en un seul bloc. Le fragment qui a été remis au laboratoire de l'hôpital est constitué par du tissu d'apparence fibreuse à plusieurs couches contenant deux corps jaunes. On a donc affaire à un ovaire portant à sa surface des végétations sessiles d'apparence plus vasculaire que les précédentes.

C. — Plaque néoplasique rougeâtre, dépolie, rugueuse sur le péri-

toine pariétal, presque au niveau de la ligne médiane. On ne trouve rien autre chose de suspect dans la cavité abdominale.

Description microscopique. — Le raclage de fragments de parois et de végétations, après un séjour de vingt-quatre heures dans l'alcool au tiers, détache : « 1° Un lambeau provenant vraisemblablement de la face externe de la tumeur et un revêtement de cellules épithéliales aplaties, losangiques, à gros noyau ovalaire muni de un ou deux nucléoles brillants, à protoplasma légèrement granuleux ; 2° De nombreuses cellules cylindriques longues, à noyau allongé parallèlement à l'axe de la cellule, avec un ou deux nucléoles réfringents, la plupart sans cils vibratiles. quelques-unes avec des cils. — Le raclage des végétations (extra ou intra-kystiques) ne donne que des cellules cylindriques, quelques-unes pourvues de cils. Les pédicules du groupe de végétations sont constitués de tissu conjonctif fibreux et de vaisseaux ; ceux-ci se ramifient comme le pédicule conjonctif dont ils occupent le centre. La plupart des ramifications terminales sont recouvertes d'épithélium régulier, cylindrique, à cils vibratiles. Quelques tubes épithéliaux s'enfoncent exceptionnellement dans le tissu conjonctif des pédicules. En quelques points on remarque des globules de substance colloïde.

Les végétations sont constituées d'une charpente fibreuse, myxomateuse, vasculaire, toujours peu volumineuse par rapport à leur volume, tapissées d'un épithélium à cellules cylindriques vibratiles. Dans l'épaisseur du stroma conjonctif, généralement à la base de végétations relativement volumineuses, existent quelques petites cavités, closes presque complètement, remplies par des végétations. Ailleurs existent quelques tubes épithéliaux pleins ou creux. — Les parties solides de la tumeur ovarique droite sont constituées par du tissu conjonctif adulte, sillonné par de nombreux vaisseaux artériels et veineux capillaires à tunique musculaire. Le stroma est aussi parcouru par de nombreux tubes épithéliaux, pleins ou plus ou moins dilatés, réguliers ou tapissés par une seule couche de cellules cylindriques vibratiles.

Des globes de substance colloïde sont épars dans la préparation. En un point existe un corps jaune récent et plusieurs corps jaunes en voie de régression à différentes étapes de celle-ci.

Les parties solides de la tumeur ovarique gauche ont la même structure connective et vasculaire ; elles sont recouvertes d'épithélium

cylindrique vibratile et de végétations. Sur une coupe on découvre un ovule. Ici encore, comme pour la tumeur ovarique droite, il reste des zones de substance ovarique saines. — En un point s'observent des globules de matière colloïde de petites dimensions.

La plaque péritonéale secondaire est constituée de tissu conjonctif adulte, dans lequel s'enfoncent de nombreux tubes épithéliaux, farcis de globes de substance colloïde. Entre cette plaque et la paroi abdominale existe encore une couche saine de tissu cellulo-adipeux.

Réflexions. — Dans cette observation nous avons à signaler, au point de vue clinique, l'*ascite* considérable qui nécessite sept ponctions successives et qui se reforme assez rapidement.

La tumeur ovarique est végétante de partout, à la face externe comme dans les poches kystiques. La plupart des végétations sont remarquables par leur développement; il en est dont le pédicule mesure quatre centimètres et demi.

La trompe correspondante était attenante à la pièce, et il est intéressant d'y remarquer les petits kystes appendus à des pédicules qu'elle porte et qui lui donnent l'aspect d'une toute petite grappe de raisin.

La tumeur ovarique du côté droit, qui n'a pu être enlevée en totalité, présente aussi un caractère végétant fort net.

Au microscope on voit que c'est l'épithélium à cellules cylindriques vibratiles qui prédomine. On voit quelques tubes épithéliaux s'enfoncer dans le tissu conjonctif des végétations ; plus souvent on y voit de petites cavités closes. Les tubes épithéliaux sont tantôt pleins, tantôt creux; les petites cavités kystiques sont invariablement remplies par de petites proémi-

nences papillaires. En quelques points on trouve des globes de substance colloïde.

Cette structure se retrouve à un degré moins prononcé dans la tumeur ovarique du côté droit.

Dans la plaque néoplasique du péritoine on y trouve, comme dans les tumeurs ovariques, des enfoncements épithéliaux avec des globes de substance colloïde.

Observation III

Hôpital Bichat. Service de M. Terrier. *Tumeur kystique végétante de l'ovaire gauche. Tumeurs secondaires de la trompe, le grand épiploon et le péritoine pariétal. Ovariotomie. Guérison.* (Observation inédite *in extenso.*)

Mme Blanchet, âgée de 36 ans, entre le 3 décembre 1887, salle Chassagnac, 26 *bis*. Pas d'antécédents héréditaires importants à relever.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, fièvre typhoïde. La menstruation s'établit à seize ans; les règles furent toujours régulières, mais peu abondantes. A dix-huit ans, grossesse normale et bon accouchement; jamais de grossesse, ni de fausse couche depuis lors. — Il y a un an, la malade s'aperçut que son ventre grossissait; elle pensa être enceinte de nouveau. Elle entre dans le service de M. Landrieux à l'hôpital Saint-Antoine. Là, elle subit en quelques mois vingt ponctions abdominales, d'abord très rapprochées, tous les huit à dix jours, puis éloignées. La dernière ponction, faite quinze jours avant son entrée à Bichat, a donné quinze litres de liquide *ascitique*. Le 3 décembre elle est adressée à M. Terrier par M. Landrieux.

Au début de l'affection, elle a présenté, en même temps que du gonflement du ventre, de l'*œdème des jambes* très prononcé, qui a disparu depuis deux mois environ. Elle n'a jamais ressenti de vives douleurs dans le ventre, mais de la gêne dans les périodes de grande distension avant les ponctions. Les règles ont été toujours normales,

l'appétit et la digestion satisfaisants. Les urines sont plus rares depuis le début de la maladie. Elle a maigri beaucoup depuis un an.

État à l'entrée. — Le ventre est volumineux, assez régulièrement développé, un peu plus saillant dans les flancs quand elle est couchée. Hernie ombilicale du volume d'une noix, recouverte d'une peau amincie, rosée, facilement réductible sans gargouillement et se reproduisant aussitôt : *hernie ascitique* certainement. Matité absolue dans l'hypogastre et les flancs : Matité qui se déplace dans les changements de position de la malade. — Le ventre est peu tendu, fluctuant, donnant partout la sensation de flot, sans qu'il soit possible d'y trouver en aucun point une tumeur limitée. Hernie inguinale gauche survenue il y a deux ans à la suite d'un effort en allant à la selle ; facilement réductible.

Au toucher, le col utérin est bas, rapproché de la vulve, sain d'ailleurs ; la lèvre antérieure est un peu hypertrophiée. Les culs-de-sac vaginaux sont libres ; pourtant, en déprimant fortement le cul-de-sac gauche qui est un peu dilaté, on sent quelques bosselures irrégulières. L'utérus est immobilisé derrière le pubis et, dans le cul-de-sac rétro-utérin, on sent une production qui paraît kystique. — On porte le diagnostic de tumeur végétante de l'ovaire gauche avec *ascite*.

Ovariotomie. — M. Terrier procède à l'opération, le 6 décembre 1887, aidé de MM. Berger, Brun et Périer. — A l'incision du péritoine, une grande quantité de liquide ascitique citrin clair s'écoule. On aspire le liquide contenu dans le petit bassin. On constate alors l'existence de quelques granulations rosées néoplasiques sur le péritoine pariétal et sur l'épiploon. Relevant l'épiploon et les intestins, on voit une tumeur très adhérente, villeuse, végétante à la partie inférieure de la fosse iliaque gauche et plongeant dans le bassin. C'est l'ovaire de ce côté qui est en dégénérescence épithéliale, d'aspect un peu papillomateux. Vu les adhérences étendues dans le bassin et l'immobilité de cette tumeur non pédiculisée, les aides penchent vers l'abstention. L'éminent chirurgien de Bichat, espérant donner par l'intervention l'unique chance de salut qu'il restait à la malade, n'hésite point. L'ouverture abdominale est agrandie jusqu'au-dessus de l'ombilic où un sac herniaire, du volume d'une noix, est réséqué. En bas, l'incision est prolongée jusque vers les piliers ;

toutefois cette incision est arrêtée par le voisinage probable de la vessie. Avec les doigts et peu à peu, les adhérences de la tumeur sont déchirées en avant et en arrière, en avant avec la paroi antérieure du bassin, en arrière avec le péritoine postérieur.. La tumeur est donc ainsi mobilisable d'avant en arrière. M. Terrier cherche alors à l'isoler au dehors et pour cela il passe un double fil de soie dans une première pédiculisation, lequel est noué et permet d'exciser une partie de la masse morbide. Cette masse est enclavée à son centre. Quelques vaisseaux donnant du sang sont pincés avec des pinces à pression. On recommence à isoler ce qui reste de la masse en avant et en arrière profondément dans le bassin et sur le côté de l'utérus. A un moment on peut faire un pédicule utérin ; on passe un double fil au-dessous de l'angle utérin gauche et on serre. Ce fil enserre d'un côté la trompe et le ligament rond. On sectionne alors ces parties sur les côtés latéraux de l'angle utérin. En dehors la deuxième anse passe au-dessus du premier pédicule. Elle est serrée et on résèque encore un peu de la tumeur située au-dessus. On arrive ainsi presque au plancher pelvien et on peut encore isoler plus loin la partie extérieure de la tumeur. On fait donc un troisième pédicule avec un simple fil, car on n'ose y passer l'aiguille mousse étant sur la veine iliaque de ce côté. Ce fil bien serré, la masse est réséquée, et il ne reste qu'un pédicule exsangue un peu incrusté de sels calcaires.

Toilette du péritoine soignée, etc... Le deuxième ovaire était suspect. Précautions antiseptiques minutieuses. Durée de l'opération, une heure.

Le 6 décembre au soir, T. 37°2, P. 96.

Le 7 décembre, T. m. 37°7, P. 105 ; quelques vomissements jaunâtres, urines, 600 gr.

Le soir, T. 37°3, P. 100.

Le 8 décembre, T. m. 37°, P. 100 ; la nuit a été bonne; quelques gaz par l'anus ; urine avec la sonde, 800 gr.

Le soir, T. 37°5, P. 100.

Le 9 et 10 décembre, T. normales ; les nuits ont été bonnes, les urines sont de 600 gr.

Le 11 décembre, la malade va fort bien.

Examen macroscopique (dû à M. le Dr Poupinel). La

pièce examinée comprend plusieurs fragments. Le plus volumineux, développé aux dépens de l'ovaire du côté gauche, se compose de deux parties ; l'une plus petite, rougeâtre, végétante, contenant de petits kystes transparents, présente le volume d'une grosse noix ; l'autre faisant corps avec la portion précédente dont elle n'est séparée que par une dépression circulaire peu nette, ne diffère de celle-ci que par son aspect blanchâtre, fibro-cartilagineux. Elle ne présente extérieurement aucun kyste visible ; son volume est celui du condyle d'un fémur d'homme adulte, dont elle rappelle absolument la forme et l'aspect extérieur. On y observe une large surface de section (surface d'une pièce de cinq francs), sur laquelle on peut juger de l'aspect intérieur de la tumeur. A la périphérie existe une couche de tissu blanc opalin, fibreux, de l'épaisseur de deux à trois millimètres, formant comme une coque à la partie centrale qui est blanchâtre, friable et dans laquelle existe quelques points durs comme ossifiés.

Un autre fragment est constitué par la trompe dont le pavillon est représenté par une tumeur rougeâtre, mollasse, lisse extérieurement, du volume d'une petite noix, présentant à la coupe un aspect lobulé des plus nets.

Un troisième fragment comprend un groupe de végétations en chou-fleur, blanc-rosé, du volume d'un haricot environ.

Examen histologique. — La portion de la tumeur principale qui est examinée, paraît ne contenir aucun kyste quelque peu volumineux ; elle est semi-solide et friable. Le stroma de la tumeur est développé, fibreux, quelque peu vasculaire, ossifié en quelques points. Les portions ossifiées présentent la texture du tissu spongieux ; on y voit de nombreux corpuscules osseux. Les cellules de la moelle contenue dans les alvéoles du tissu spongieux sont en certains points très nettement groupées contre le tissu compact et quelques-unes même sont partiellement englobées dans l'os. On voit de la façon la plus évidente la transformation des médullocelles en corpuscules osseux. Le stroma de la tumeur, aussi bien dans ses portions fibreuses que dans ses portions ossifiées, est littéralement infiltré de globes de substance colloïde. Les points ainsi infiltrés présentent un aspect lobulé très net ; la périphérie des lobules est constituée de tissu fibreux, le centre est entièrement formé par un amas de globes de substance colloïde séparés par quelques cellules jeunes du tissu conjonctif. Le stroma fibreux de

la tumeur contribue à former de nombreuses et volumineuses végétations en chou-fleur, remplissant complètement les cavités où elles se sont développées et tapissées d'un épithélium le plus souvent polymorphe, en quelques points assez régulièrement cylindriques. On observe aussi dans le stroma quelques enfoncements adénoïdes, tapissés d'épithélium cylindrique bas, disposé sur une seule couche régulière. L'aspect fibro-cartilagineux de la périphérie de la pièce est dûe à la présence en ce point d'une épaisse couche de tissu fibreux lamellaire pur, sans vaisseaux, en continuité immédiate avec des végétations épithéliales, et du tissu conjonctif moins dense et infiltré de substance colloïde.

Le pavillon de la trompe est entièrement transformé en une tumeur lisse et mollasse, non kystique, du volume d'une petite noix. La coupe présente à l'œil nu un aspect lobulé des plus nets ; la périphérie des lobules est fibreuse et constitue évidemment la paroi de cavités kystiques que les végétations sont venues secondairement remplir. La paroi fibreuse peu vasculaire, et la charpente des végétations sont littéralement farcies de globes de substance colloïde. Les végétations sont recouvertes d'épithélium cylindrique assez régulier dans les enfoncements compris entre elles, d'épithélium polymorphe au sommet de ces végétations. Les papillomes développés dans *l'épiploon* ont l'aspect caractéristique de chou-fleur : les végétations ont une charpente fibreuse, fibromyxomateuse en certains points, peu vasculaire. L'épithélium qui les recouvre est polymorphe. Sur deux coupes qui ont été étudiées, une seule a présenté quelques très rares globes de substance colloïde.

N. B. — Avec l'autorisation de M. Terrier, nous sommes allé à la recherche de l'opérée, ces derniers jours. Mme Blanch... serait décédée depuis le mois de décembre 1888. Vers les derniers jours de son existence, la malade aurait présenté une distension considérable du ventre et elle aurait eu les jambes très enflées.

Réflexions. — « De cet examen, dit M. le Dr Poupinel, il nous paraît intéressant de faire ressortir les points suivants. La tumeur ovarique présente simultanément des points franchement fibreux, d'autres ossifiés ou en voie d'ossification, d'autres kystiques,

enfin la plus grande partie est constituée par de très nombreuses végétations. Malgré cela, la tumeur conserve un volume relativement petit. Elle est envahie par la dégénérescence colloïde qui, dans le stroma auquel elle paraît limitée, se propage mieux aux parties ossifiées. On observe en même temps, en des points extrêmement voisins, le processus actif de l'ossification aux dépens de la moelle des os et la dégénérescence colloïde du tissu osseux déjà formé. Cette tumeur ovarique primitive donne naissance à des tumeurs secondaires végétantes comme elles, et situées l'une dans la trompe, l'autre à la surface du grand épiploon. Il en existait dans l'aine qui n'ont pas pu être enlevées.

« La tumeur développée dans le pavillon de la trompe présente extérieurement une surface lisse, paraissant ainsi s'être développée dans la muqueuse de la trompe dont la paroi fibreuse lui forme une coque. La dégénérescence colloïde a atteint les tumeurs secondaires comme la tumeur primitive, mais elle est beaucoup plus accentuée dans la tumeur salpingienne, plus volumineuse et plus ancienne probablement que dans la tumeur épiploïque. »

A ces réflexions de M. le Dr Poupinel, nous ajouterons, pour notre part, qu'il est utile de remarquer ce fait que, quoique la tumeur ovarique ait un volume relativement petit, l'ascite est assez considérable et non proportionnelle au volume de la masse néoplasique. Il est donc des petites tumeurs ovariques qui peuvent donner lieu à une ascite assez considérable.

D'un autre côté, la tumeur contractait des adhérences

généralisées dans le petit bassin où elle plongeait profondément et d'où elle était immobilisable. Les aides penchaient vers l'abstention ; celle-ci aurait été, il nous semble, condamnable et en tout cas la mort assurée de la malade à bref délai.

Nous n'avons qu'à admirer le courage et l'habileté de l'éminent chirurgien de Bichat et le brillant succès qui couronne l'intervention chirurgicale.

Observation IV

Hôpital Bichat. Service de M. Terrier : *Tumeurs kystiques des deux ovaires. Généralisation à la vessie et au péritoine pelvien. Ovariotomie. Mort.* (Observation inédite. Résumée).

Mme Lieutard, âgée de plus de 60 ans, accuse un début de cinq ans à l'affection actuelle. Depuis quatre ou cinq mois environ, phénomènes généraux graves. *Ascite* considérable.

Ovariotomie. — Faite par M. Terrier, le 12 mai 1888. Liquide ascitique en grande abondance. Tumeurs très volumineuses végétantes remplissant toute la cavité du petit bassin. Celui-ci est tapissé comme d'une membrane sur une grande partie de son étendue. Du côté de la vessie existent des masses néoplasiques mamelonnées, dures, irrégulières, qui n'ont pas été enlevées. Adhérences multiples avec l'intestin.

Description macroscopique. — (Due à M. le Dr Poupinel). Tumeurs très volumineuses pesant l'une 2 kil. 700 gr., l'autre 2 kil. 600 gr., ayant l'aspect sarcomateux, de couleur gris-jaunâtre, présentant de nombreux points caséifiés et creusés de nombreuses cavités irrégulières, anfractueuses, la plupart remplies de végétations en chou-fleur. (Tumeurs qui étaient de date très ancienne et qui avaient contracté des adhérences multiples avec l'intestin.)

Examen histologique. — Épithélioma kystique végétant à cellules métatypiques; lobes épithéliaux carcinoïdes, présentant de la

dégénérescence colloïde des cellules épithéliales. Les fragments examinés, pris il est vrai au niveau du pédicule d'une des tumeurs, présentent un stroma conjonctif fibreux très abondant par rapport au nombre et à l'importance des éléments épithéliaux. Les vaisseaux y sont aussi très nombreux et très volumineux. On y trouve aussi du tissu adipeux en petite quantité.

Réflexions. — Dans cette observation nous, avons affaire à une tumeur assez ancienne (adhérences multiples avec l'intestin), mais qui donne assez rapidement lieu à des phénomènes généraux graves. L'*ascite* est considérable, les tumeurs volumineuses et végétantes. Tout le petit bassin est envahi par les tumeurs secondaires et, parmi les organes qu'il contient, la vessie plus particulièrement.

Histologiquement, c'est un épithélioma du type carcinoïde avec dégénérescence colloïde des cellules épithéliales en certains points.

Observation V

Cas de M. Terrier. *Kyste multiloculaire végétant de l'ovaire droit. Généralisation au péritoine pelvien. Ovariotomie* (en ville). *Guérison.* (Observation inédite. Résumée.)

Mme X..., de Clermont-Ferrand. Diagnostic clinique : Kyste multiloculaire de l'ovaire droit avec *ascite.*

Ovariotomie faite le 18 mars 1888 par M. Terrier, en ville. Liquide ascitique assez abondant; tumeur entièrement enclavée dans le ligament large d'où il fallut l'énucléer. Ovaire gauche également altéré, kystique.

Le péritoine contenait des nodules indurés qui n'ont pas été enlevés.

Examen anatomo-pathologique (Fait par M. le Dr Poupinel). — Tumeur polykystique du volume de deux poings

d'adulte, pesant 270 grammes, développée aux dépens de l'ovaire droit et entièrement enclavée dans le ligament large d'où il fallut l'énucléer. Cette tumeur comprend cinq ou six petites cavités du volume d'un pois ou d'un haricot; quatre ou cinq du volume d'une noisette à celui d'un œuf de poule, remplies toutes d'un liquide clair, transparent, légèrement visqueux. On voit une poche principale du volume d'une orange, littéralement remplie de végétation en forme de chou-fleur, de couleur gris-rosée. Quelques végétations sont en dégénérescence graisseuse ; d'autres ont perforé la paroi et font hernie au dehors sous forme de bourgeons en chou-fleur du volume d'une noix environ, de forme très irrégulière. (Par suite de l'enclavement dans le ligament large, ce bourgeon extérieur ne faisait néanmoins pas saillie dans la cavité péritonéale?)

L'autre ovaire,également envahi par la néoplasie,n'a pas été enlevé.

Le péritoine contenait dans sa cavité six à huit litres environ de liquide ascitique, jaune foncé, légèrement sanguinolent.

Sur le feuillet pariétal, juste sur la ligne médiane, il existait quelques nodules indurés, lisses et blanchâtres, *non végétants;* ces petits noyaux ne furent pas enlevés.

Examen histologique. — L'examen histologique fait au laboratoire de l'hôpital Bichat par M. le Dr Poupinel, met en évidence un épithélioma à cellules cylindriques; les végétations sont à charpente fibreuse, plus ou moins myxmomateuse selon les points.

Réflexions. — Dans cette observation, il est intéressant de voir que les végétations sont pour la plupart intra-kystiques. Cependant on voit en un point la paroi perforée par quelques végétations internes qui font hernie au dehors, entre les feuillets du ligament large, en dehors de la cavité péritonéale; ceci viendrait à l'appui des auteurs qui veulent que les végétations externes ne soient que l'irruption au dehors d'excroissances papillaires de la surface interne (Peaslee).

Peut-être faut-il faire remonter au moment où s'est

produite cette perforation de la paroi kystique par les végétations internes, le début de la généralisation au péritoine?

L'*ascite* est assez considérable (six à huit litres), mais nullement en rapport avec le caractère peu végétant de la surface externe du kyste.

C'est le péritoine qui est dans ce cas le siège des tumeurs secondaires sous forme de nodules indurés non *végétants*, lesquels n'ont pas été enlevés.

Histologiquement le kyste est un épithélioma à cellules cylindriques, les végétations étant constituées par une charpente fibreuse plus ou moins myxomateuse par places.

Observation VI

Epithélioma myxoïde des ovaires, avec généralisation au péritoine et à la paroi abdominale, par L. Hontang (in *Bulletin de la Société anatomique*, séance du 3 juin 1887, présidence de M. Cornil. Résumée).

R... Marie, 69 ans, ménagère, entrée le 9 mai 1877 à Beaujon, salle Saint-Martin, n° 9, service de M. Millard.

Pas d'antécédents héréditaires à noter. Pas de grossesses, ménopause à 51 ans. Bonne santé jusqu'à il y a six mois, époque à laquelle la malade a commencé à avoir des palpitations et de l'oppression l'obligeant à dormir assise sur son lit.

Depuis trois semaines, œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale; elle n'avait pas, affirma-t-elle, le ventre volumineux auparavant (?). A son entrée, elle présente des symptômes d'asystolie très accentués, anasarque, arythmie cardiaque, cyanose, bronchite généralisée, albuminurie légère.

Le régime lacté et la digitale en macération amènent assez rapidement une diminution notable de l'œdème; mais le ventre restant volumineux et des signes d'épanchement étant constatés, on se décide à

pratiquer la ponction. Cependant on remarque que la sensation de flot est peu nette et que le liquide ne se déplace pas avec les changements de position de la malade; c'est ainsi que le côté droit de l'abdomen reste toujours mat, même lorsque la malade est couchée sur le côté gauche.

Le 18 mai, la ponction faite à droite, au lieu d'élection, ne donne qu'une petite quantité de liquide gélatineux, ressemblant à de la gelée de pommes et qui s'écoule très lentement. On pense qu'on a pénétré dans un kyste de l'ovaire passé inaperçu jusqu'alors, la palpation de l'abdomen étant rendue difficile par l'œdème de la paroi. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement.

Les jours suivants les symptômes d'asystolie s'accentuent; on reconnaît qu'il s'est développé dans la paroi abdominale, au point de la ponction, une tumeur aplatie, bosselée, du volume d'une noix. De plus on constate la présence d'une tumeur analogue, plus petite, intrapariétale, située au voisinage de la cicatrice ombilicale, et qui n'avait pas été vue jusqu'alors. Le développement rapide de ces deux petites tumeurs fait penser à M. Millard qu'on est en présence d'une tumeur maligne des organes du petit bassin, avec généralisation à la paroi abdominale. La malade meurt le 29 mai des progrès de son asystolie.

Autopsie (*in extenso*). — Hypertrophie cardiaque avec dilatation, insuffisance mitrale par dilatation sans lésions valvulaires.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve la cavité péritonéale remplie d'un liquide gélatiniforme, jaune, semblable à de la gelée de pommes, libre dans la cavité et dont la quantité a pu être évaluée à cinq ou six litres. Ce liquide étant évacué, on voit apparaître une tumeur volumineuse partant de la cavité pelvienne et remontant jusqu'au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est *arborescente*, formée de masses arrondies de volume variable, de consistance gélatineuse, tremblottante, de couleur rosée, avec des arborisations vasculaires à sa surface, sans adhérences aux viscères abdominaux.

Les organes pelviens étant enlevés en masse, on reconnaît que l'utérus est sain, mais on ne trouve plus de traces des ligaments larges des ovaires ni des trompes. Sur les côtés de l'utérus existent deux masses de consistance plus dure que le reste de la tumeur et qui, à la coupe, paraissent formées d'un stroma circulaire, dur, fibreux, dont les cavités sont remplies de liquide gélatineux; de ces masses en partent

d'autres plus volumineuses, n'ayant plus de stroma fibreux, mais constituées uniquement par une paroi mince renfermant du liquide gélatineux.

L'intestin, un peu rétracté, a sa paroi épaissie, de coloration grise, avec un piqueté noirâtre ; pas d'adhérences des anses entre elles. L'appendice cœcal est très développé, il a acquis le volume d'une anse d'intestin grêle ; il ne communique plus avec le cœcum. Sa cavité est remplie d'un liquide colloïde, assez consistant ; à son extrémité inférieure existe une tumeur végétante aérolaire, absolument semblable aux masses situées sur les côtés de l'utérus.

Le ligament suspenseur du foie présente entre ses deux feuillets une infiltration de substance gélatineuse. Quant aux deux tumeurs de la paroi abdominale, elles sont aussi constituées par de la substance gélatineuse.

A première vue, il pouvait sembler que cette tumeur, développée dans le petit bassin autour de l'utérus et généralisée au péritoine et à la paroi abdominale, pouvait être rapprochée de ce que M. Péan a décrit dans le tome IV de ses Cliniques sous nom de *tumeurs végétantes du péritoine pelvien à forme colloïde ou myxomateuse.*

Robin qui avait examiné ces tumeurs, les considérait comme une hyperplasie de la trame cellulaire du péritoine, plus spécialement au niveau du ligament large, avec hypertrophie correspondante et secondaire du revêtement épithélial qui continue à jouer son rôle physiologique de protection et de sécrétion. Il s'agissait d'un myxome du ligament large propagé secondairement à l'ovaire.

Pour notre tumeur, l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules cylindriques, polykystiques. Le stroma de la tumeur est constitué par un tissu fibreux jeune, limitant des aréoles dont la surface est tapissée de cellules cylindriques, avec un grand nombre de cellules caliciformes. Le liquide gélatineux amorphe renferme un grand nombre de cellules, les unes arrondies, la plupart cylindriques et caliciformes, libres ou réunies en séries provenant de la desquamation des cavités kystiques. La présence de ce revêtement de cellules cylindriques dans les kystes fait penser que le point de départ de la tumeur doit être sur les ovaires et qu'on est en présence d'un épithélioma myxoïde de l'ovaire.

La généralisation a été manifeste, d'abord au niveau de l'appendice

cœcal où existe une tumeur aréolaire déjà ancienne, ensuite dans le ligament suspenseur du foie et dans la paroi abdominale.

Quant au liquide contenu dans le péritoine, il provenait vraisemblablement de la rupture de grosses poches kystiques, analogues à celles qui forment la partie supérieure de la tumeur.

Observation VII

Fibro-myôme utérin. Polype muqueux de l'utérus. Tumeur épithéliale kystique des deux ovaires. Généralisation péritonéale et pleurale. (Obs. de Vergely, publiée par Auché *in Journ. des Sc. Méd. de Bordeaux*, n° 28, p. 304). (Résumée.)

Mme S..., âgée de 64 ans. Pas d'antécédents héréditaires et personnels.

La malade entre à l'hôpital au mois d'août 1885, avec une pleurésie droite. — Par la ponction, on retire trois litres de liquide pleural.

Six mois plus tard, le ventre de la malade grossit et devient très volumineux. On constate l'existence d'une tumeur abdominale. — A l'auscultation de la poitrine, râles sous-crépitants à droite. — Dyspnée intense.

Par la ponction, on retire 8300 grammes de liquide ascitique après laquelle on constate nettement l'existence d'une tumeur pelvienne remontant à cinq ou six travers de doigt au-dessus du pubis. — L'ascite se renouvelant incessamment nécessite cinq ponctions successives. Œdème excessif des parois abdominales et des membres inférieurs; amaigrissement, cachexie, mort treize mois après le début de la maladie.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate de l'épaississement du péritoine pariétal dont la face superficielle est criblée de dépressions. La surface de l'intestin grêle, de l'estomac et du foie est parsemée de granulations de volume très variable, atteignant, les unes la grosseur d'un grain de mil, les autres celle d'un pois. Ces granulations sont isolées ou confluentes.

Les anses intestinales sont adhérentes entre elles et vivement injectées.

On ne voit pas de grand épiploon.

Le mésentère est le siège d'un semis de granulations semblables à celles de la surface intestinale.

Vers la partie inférieure de la cavité abdominale, on voit une vaste tumeur présentant trois lobes, dont le plus volumineux est gros comme une tête de fœtus à terme et recouvert par un feuillet du péritoine qui a les mêmes caractères que le péritoine pariétal. La tumeur n'a que quelques légères adhérences avec la vessie et le rectum.

A l'ouverture de la cage thoracique, on voit un épanchement assez abondant à gauche, et à droite un épaississement énorme de la plèvre. Le poumon droit est fixé à la paroi thoracique par des adhérences très épaissies d'apparence lardacée. Un peu de congestion aux bases.

Rien de particulier du côté des autres viscères.

Anatomie pathologique (*in extenso*). — La tumeur pelvienne est formée de trois lobes : un central, le plus considérable, et deux latéraux. —La masse centrale est à peu près régulièrement sphérique ; diamètre transversal, 14 centimètres; diamètre vertical, 12 centimètres. Elle occupe la face postérieure et le bord gauche de l'utérus. Elle est ferme, de consistance fibreuse et à la coupe elle offre les caractères d'un fibro-myôme utérin. Le néoplasme est inclus dans la paroi postérieure de l'utérus, mais on peut l'énucléer facilement et il présente alors une surface blanchâtre, lisse, avec quelques nodosités cependant à gauche et en arrière, du volume d'une cerise. La cavité du corps de l'utérus est libre mais agrandie ; celle du col est normale.

Sur la paroi postérieure, près de la trompe droite, se voit un polype muqueux, aplati d'avant en arrière, pédiculé et arrivant jusqu'à l'orifice interne du col.

De chaque côté de cette masse centrale, deux autres masses occupent les deux ovaires dont la droite est plus volumineuse. Toutes deux sont constituées par une multitude de kystes, les uns petits, à peine visibles à l'œil nu, les autres gros comme une orange. Les plus grands ont des parois épaissies de trois à quatre millimètres et davantage. Le liquide qu'ils contiennent est limpide et légèrement hématique.

Examen histologique. — Les coupes faites en dehors des parois des grandes cavités kystiques et examinées à un très faible grossissement, montrent le tissu néoplasique parsemé de petites cavités de volume variable, séparées par des parois minces.

Ces parois sont constituées par du tissu fibreux très dense et exempt de noyaux embryonnaires. On voit quelques amas cellulaires, formés, les uns par des cellules épithéliales disposées circulairement ou sur deux couches, en lame peu épaisse et sans cavité centrale et n'ayant aucune communication avec les cavités kystiques voisines; — les autres, de formes variables et très irrégulières parfois, pleins ou avec une cavité centrale. Dans tous les cas, les cellules sont disposées très irrégulièrement, sauf la première couche où elles forment en général un revêtement régulier. Lorsque les îlots sont pleins et qu'ils sont à proximité les uns des autres, les travées fibreuses qui les séparent peuvent s'amincir, disparaître dans certains points et ils offrent alors l'aspect du tissu carcinomateux.

Les îlots qui ont une lumière centrale peuvent aussi arriver en contact dans certains points ; les cloisons fibreuses sont détruites et les deux cavités n'en forment bientôt qu'une seule. Ce processus est facile à suivre sur certaines préparations où l'on voit deux cavités, à peu près régulièrement arrondies, séparées par des cloisons incomplètes, destinées à disparaître à un degré plus avancé de la lésion, de façon à ne constituer qu'un seul kyste de plus en plus volumineux.

Les parois des grands kystes sont formées de deux couches très distinctes : la couche extérieure est constituée par du tissu fibreux très dense, parsemé de quelques rares et très petits îlots cellulaires. De cette lame fibreuse, d'épaisseur inégale suivant les points, partent des travées conjonctives de plus en plus minces, limitant des alvéoles remplis, tantôt complètement, tantôt incomplètement d'éléments cellulaires. Plus superficiellement les travées se ramifient, poussent dans l'intérieur de la cavité kystique des bourgeons tapissés par une couche très irrégulière de cellules épithéliales.

Ces végétations, toujours de petites dimensions, sont constituées elles-mêmes par une fine trame conjonctive circonscrivant de nombreux alvéoles renfermant des cellules épithéliales. Dans certains points de la paroi, la couche fibreuse est directement tapissée par une ou plusieurs rangées de cellules. — Celles-ci ont des formes très variables:

les unes sont presque arrondies, les autres polyédriques, les autres, enfin, et c'est le plus grand nombre, sont plus ou moins régulièrement cylindriques. Par places, elles sont en dégénérescence et en train de disparaître complètement pour être remplacées par des granulations et des gouttelettes graisseuses.

Les noyaux situés à la surface de l'intestin et ceux situés sur le péritoine sont constitués par un tissu cellulaire lâche, renfermant un grand nombre d'éléments embryonnaires et circonscrivant des alvéoles généralement petits mais très nombreux, remplis par des cellules arrondies, polyédriques, quelquefois irrégulièrement cylindriques. La tunique séreuse est totalement détruite et le néoplasme s'étend jusqu'à la tunique musculaire exclusivement. Cependant, de loin en loin, la couche des fibres musculaires longitudinales est coupée par des traînées de tissu conjonctif au milieu duquel on trouve un ou deux îlots cellulaires, renfermant de deux à quatre éléments épithéliaux. Entre les deux couches musculaires et parfois à l'extrémité profonde de la traînée conjonctive dont nous venons de parler, sont situés quelques amas cellulaires plus volumineux, assez éloignés les uns des autres. La couche des fibres musculaires circulaires est aussi traversée par quelques rares traînées conjonctives analogues aux précédentes et le tissu cellulaire sous-muqueux est le siège d'un très petit nombre d'alvéoles contenant deux à huit cellules épithéliales. La muqueuse est intacte sur tous les points que nous avons examinés.

Les fausses membranes blanchâtres trouvées sur les plèvres n'ont pu être examinées ; vu leur ressemblance avec les plaques observées sur l'intestin et le péritoine, il est très probable qu'elles étaient de nature cancéreuse.

Réflexions. — Voici certainement une belle observation, intéressante à plusieurs points de vue.

Cliniquement, ce qui nous frappe tout d'abord, c'est le début de l'affection qui est marqué par une pleurésie droite, alors que rien encore n'attire l'attention du côté des organes abdominaux. Six mois seulement après cette pleurésie, la malade assiste à la distension graduelle et excessive de son ventre, à l'œdème considérable des

parois abdominales et des membres inférieurs; elle s'émacie, elle se cachectise et présente tout l'appareil symptomatique grave du pire des cancers. L'ascite est considérable et nécessite six ponctions successives ; la tumeur pelvienne est volumineuse.

Anatomiquement, il est intéressant de noter l'interposition d'un fibro-myôme utérin aux deux masses kystiques développées sur les deux ovaires. La généralisation s'est faite, l'on peut dire, un peu partout dans la cavité abdominale et thoracique. Le péritoine pariétal et viscéral, la surface de l'intestin grêle, de l'estomac, du foie, le mésentère (on ne trouve pas trace de l'épiploon) sont farcis de granulations variant entre la grosseur d'un grain de mil à celle d'un pois ; dans la cage thoracique on voit un abondant épanchement à droite, une plèvre épaisse à gauche.

Au microscope, au milieu des parois kystiques constituées par du tissu fibreux dense, on remarque des amas de cellules épithéliales affectant une disposition carcinoïde ou adénoïde suivant les points examinés. A la surface interne on voit des végétations recouvertes d'un épithélium très irrégulier et dans la charpente conjonctive desquelles il existe aussi des amas d'éléments épithéliaux analogues à ceux des parois.

Cette disposition des éléments épithéliaux se retrouve dans les tumeurs secondaires qui sont à la surface de l'intestin; on en trouve jusque dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Là se borne l'infection, et la muqueuse intestinale ne présente aucune altération sur tous les points qui ont été examinés.

Comme le dit l'auteur, il n'est pas douteux, vu leur ressemblance avec les plaques observées sur l'intestin et le péritoine, que les fausses membranes trouvées sur les plèvres et qui n'ont pu être examinées, étaient de nature cancéreuse.

Observation VIII.

Hôpital Bichat. Service de M. Terrier. *Tumeur kystique végétante de l'ovaire gauche. Généralisation pleurale, diaphragmatique et épiploïque. Ovariotomie. Mort.* (Observation inédite. — Résumée).

Mme Bourdillat, âgée de 45 ans, entre en mai 1877 dans la salle Chassaignac, nº 1.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à signaler en dehors de l'affection actuelle.

La ménopause a eu lieu il y a deux ans.

Il y a un an environ le ventre a augmenté de volume ; oppression.

A l'examen le ventre est modérément tuméfié; matité dans la région hypogastrique. Le palper est difficile à cause de l'épaisseur des parois abdominales.

Peu après son entrée, on constate un épanchement pleural droit qui s'est développé insidieusement et sans fièvre.

Le 17 juillet, thoracentèse qui évacue du liquide d'abord citrin, puis légèrement rose. Au mois d'août on évacue par deux ponctions abdominales successives 700 grammes de liquide rose et 800 grammes de liquide citrin clair. A cette époque l'état général est médiocre, le ventre grossit et l'on constate de l'*ascite ;* l'oppression persiste. On porte alors le diagnostic de tumeur végétante de l'ovaire avec généralisation pleurale. Dans le courant de septembre, amélioration notable des signes thoraciques ; l'oppression diminue ; la matité, qui occupait tout le côté gauche n'occupe plus que le tiers inférieur ; le bruit vésiculaire a reparu sous la clavicule, dans l'aisselle et dans la moitié supérieure de la face postérieure du thorax ; frottements pleuraux à ce

niveau. — Le ventre est devenu très volumineux ; circonférence ombilicale 118 centimètres, distance xypho-pubienne 43 centimètres ; matité partout sauf à la région épigastrique et à la partie supérieure du flanc gauche; frottement péritonéal péri-ombilical; ventre douloureux au palper. — Troisième ponction à gauche, on a un liquide kystique filant. — Quatrième ponction toujours à gauche qui évacue cinq litres de liquide kystique. — Le 10 octobre le thorax est en bon état, l'état général est bien meilleur, l'opération est décidée.

Ovariotomie. — Faite le 22 octobre 1887 par M. Terrier. Écoulement ascitique teinté de sang dès l'ouverture du péritoine ; végétations pariétales et de tout le bassin. Le kyste contient environ six litres de liquide séro-sanguin. Adhérences à la paroi antérieure et à l'épiploon. Ce premier kyste est développé aux dépens de l'ovaire gauche ; à droite deuxième kyste sans végétations apparentes. Résection de l'épiploon infiltré de néoformations. Durée de l'opération, trois quarts d'heure. *Suites de l'opération :* mort rapide dans le collapsus, sans accidents spéciaux.

Autopsie. — On trouve le diaphragme sur les deux faces et la plèvre gauche farcis de masses néoplasiques.

Description macroscopique des tumeurs (Dr Poupinel). — Les fragments apportés au laboratoire de l'hôpital comprennent : (*a*) une masse polykystique immédiatement située au-dessus du point où fut faite la section du pédicule. Cette masse comprend un petit kyste à parois minces, transparentes, à contenu clair, ambré, du volume d'une noisette; une autre poche du volume d'une noix remplie de végétations. En un point la paroi de cette poche est comme ulcérée, amincie et perforée et les végétations internes font hernie au dehors; M. Poupinel se demande si c'est là le point de départ des tumeurs secondaires (?)

A la surface externe de la masse polykystique s'observent de nombreux groupes de végétations en chou-fleur grisâtres, mollasses et friables. — (*b*) Masses néoplasiques développées sur les deux faces du diaphragme et sur la plèvre costale.

Examen histologique. — La masse polykystique est constituée d'un stroma fibro-vasculaire, constituant la paroi des cavités kystiques, ainsi que la charpente des volumineuses végétations qui ont envahi l'intérieur des cavités kystiques. Le stroma des végétations est purement fibreux dans les plus petites, fibromyxomateux dès que les végétations ont un certain volume. Il a subi la transformation muqueuse ou colloïde dans les végétations les plus volumineuses; l'aspect est alors absolument celui du cancer colloïde. Les cavités kystiques et les végétations sont entièrement tapissées de cellules épithéliales disposées le plus souvent sur plusieurs couches.

Les cellules sont irrégulières, rarement cylindriques, hautes ou basses, le plus souvent métatypiques et en voie de prolifération active.

Les fragments de diaphragme présentent des masses néoplasiques sur leurs deux faces. Ces masses néoplasiques sont creusées de cavités kystiques de volume variable et tapissées d'un épithélium rarement cubique et sur une seule couche, le plus souvent métatypique, proliférant, disposé sur plusieurs couches et végétant d'une façon très accusée.

Le lambeau de plèvre costale, infiltré de néoplasme, est creusé de cavités kystiques à peine visibles à l'œil nu. Ces cavités sont tapissées d'un épithélium le plus souvent cubique, parfois métatypique, disposé le plus souvent sur une seule couche, rarement sur plusieurs et formant alors de petites végétations. — En somme : épithélioma mucoïde polymorphe (cylindrique métatypique) végétant des deux ovaires avec généralisation au péritoine puis aux plèvres. « L'extension des tumeurs secondaires d'abord au péritoine, puis aux plèvres, dit M. Poupinel, nous paraît résulter des faits suivants :

1° Les tumeurs secondaires diaphragmatiques sont plus volumineuses que les tumeurs de la plèvre costale; 2° l'épithélium y est plus franchement métatypique et proliférant, les végétations y sont plus développées. »

Réflexions. — Dans cette observation nous ferons remarquer d'abord que la tumeur ovarique s'est développée assez rapidement peu de temps après la ménopause.

Ici encore comme dans l'observation précédente (Obs. VII), ce qui attire immédiatement l'attention, c'est l'épanchement pleural droit se développant insidieusement et marquant le début de la généralisation, alors que la tumeur ovarique n'est pas encore suffisamment appréciable pour que l'on puisse en faire le diagnostic clinique. Cet épanchement était nettement hémorragique.

L'ascite a été considérable et se reformait assez rapidement après chaque ponction. Sa coloration rose dès la première ponction est symptomatique de l'envahissement du péritoine.

Tout cet appareil symptomatique a perdu suffisamment de son intensité à un moment donné, pour qu'une intervention chirurgicale ait été tentée par M. Terrier six mois après l'entrée de la malade à l'hôpital Bichat.

Mais l'écoulement ascitique *sanguinolent* qui a lieu dès l'ouverture du péritoine, les végétations considérables en volume et en nombre des parois abdominales et de tout le bassin, les adhérences multiples du kyste ovarique gauche à l'épiploon et aux parois abdominales, enfin la contamination secondaire de ces derniers, comportait lors de l'opération même un pronostic sévère. A cela il ne faut pas oublier d'ajouter les phénomènes thoraciques, qui dans le cas sont d'une importance capitale. La mort survient rapidement dans le collapsus.

Au point de vue anatomique pur, nous signalerons l'existence de deux kystes développés sur les deux ovaires; l'un à droite peu volumineux et *non végétant*,

l'autre à gauche à végétations exubérantes internes et externes. Il faut penser que c'est ce dernier qui a été le point de départ de la généralisation. D'ailleurs, en un point d'une poche principale, on voit des végétations internes qui ont ulcéré, perforé la paroi et ont fait issue à l'extérieur. M. le Dr Poupinel se demande avec juste raison si c'est là le point de départ des tumeurs secondaires.

Histologiquement, il est à considérer que les petites végétations ont un stroma fibreux, mais que celui-ci devient fibro-myxomateux dès qu'elles ont un volume moyen, et dans les plus volumineuses il a subi la dégénérescence colloïde et cet aspect alors ne se différencie guère de celui d'un cancer. L'activité néoformative de la tumeur se manifeste ici par le développement considérable de l'élément épithélial; celui-ci est disposé sur plusieurs couches au niveau des végétations et est remarquable par son polymorphisme.

Les tumeurs secondaires, développées sur les deux faces du diaphragme et sur la plèvre costale droite, sont creusées de petites cavités kystiques, revêtent un caractère végétant assez net et présentent un épithélium généralement cubique, assez souvent à cellules métatypiques. En somme, elles reproduisent en miniature les caractères de la tumeur ovarique.

Observation IX

Hôpital Laënnec. Service de M. le Dr Segond. *Kystes prolifères des ovaires. Suppuration d'une portion des kystes. Tumeurs secondaires rénales. Pneumonie fibrineuse droite* (Observation inédite).

Rouffin Lucie, âgée de 32 ans, occupant le n° 15 de la salle Sainte-Adélaïde.

Autopsie. — Faite le 23 octobre 1884. Femme très maigre, ne présentant comme lésion cutanée qu'une cicatrice linéaire blanchâtre située sur la paroi abdominale, sur la ligne médiane, et s'étendant de l'ombilic au pubis; des deux côtés de cette cicatrice se trouvent d'autres cicatrices plus petites de points de suture.

La paroi abdominale est très distendue. En l'incisant, il s'écoule dix litres de pus crémeux. On voit alors que la cicatrice signalée précédemment ne présente aucune interruption et, en outre, que le liquide purulent qui s'est écoulé était renfermé dans une poche dont la paroi antérieure est constituée par la paroi abdominale, les parois supérieure et latérales, par une membrane conjonctive assez résistante et la paroi inférieure par un tissu mou de végétations soudées les unes aux autres et formant une masse grosse comme un œuf. Quelques végétations plus petites sont isolées. D'autres ont envahi le corps de l'utérus dont on ne trouve plus de traces.

Les ovaires et les trompes des deux côtés sont remplacés par le tissu de végétations indiqué.

Au-dessus de la poche se trouvent les intestins refoulés et réunis en masse par des adhérences résistantes. Au-dessous de la poche, le rectum et la vessie comprimés ne présentent pas de lésions.

Les uretères comprimés, mais néanmoins perméables dans le petit bassin, sont dilatés au-dessus jusqu'à leur sortie des reins.

La muqueuse de l'intestin est d'aspect normal dans toute son étendue.

Les *reins*, dont le tissu ne paraît pas altéré, renferment chacun un noyau blanchâtre, arrondi, mou, semi-transparent, gros comme un pois et situé sur la ligne qui sépare la substance corticale de la substance médullaire.

La rate est petite, diffluente et ne renferme pas d'infarctus.

Le diaphragme est refoulé en haut par la poche purulente qui soulève les intestins, le foie et l'estomac; le sommet de sa convexité correspond à un plan passant au-dessus de la troisième côte.

Le péricarde renferme une cuillerée de liquide citrin.

Le cœur gros comme un poing d'adulte ne présente ni endocardite, ni lésion d'orifice.

Les deux poumons sont refoulés vers le haut de la cage thoracique.

Les plèvres gauche et droite ne renferment pas de liquide.

Le *poumon gauche* emphysémateux, contient au niveau de son sommet deux petits kystes formant une petite masse grosse comme une noisette; ces kystes renferment un liquide grisâtre. Ce poumon adhère en plusieurs points de son bord postérieur à la plèvre pariétale confondue à ce niveau avec la plèvre viscérale.

Le *poumon droit*, dont le lobe moyen et le lobe inférieur sont à l'état d'hépatisation grise, renferme au niveau de son sommet plusieurs petits kystes semblables à ceux du poumon gauche. Son bord postérieur est intimement soudé à la paroi thoracique par symphyse des deux plévres.

Larynx, pharynx, trachée, sans lésions visibles à l'œil nu.

Muqueuses de l'œsophage et de l'estomac d'aspect normal.

Vésicule biliaire ne renfermant pas de calculs et remplie de bile rougeâtre. Voies biliaires perméables.

Foie de volume normal; son tissu jaunâtre et mou, graisse le doigt et répand une odeur de foie gras très marquée.

Les centres nerveux encéphaliques ne présentent pas de lésions.

Examen histologique. — L'examen histologique, fait par M. le Dr Suchard, montre dans les végétations de la paroi inférieure de la poche du kyste, qu'elles sont conjonctives et recouvertes d'un épithélium cylindrique. Elles sont composées et ramifiées, et le stroma conjonctif qui les réunit renferme lui-même un grand nombre de petits kystes tapissés de cellules cylindriques. Les kystes du poumon sont entourés de tissu conjonctif dans lequel on trouve de petits kystes analogues.

Les noyaux des reins présentent la même constitution.

Le diagnostic anatomique de kystes prolifères des ovaires et des trompes avec petits noyaux de généralisation dans les reins et les poumons paraît donc justifié.

Observation X

Fibro-myôme interstitiel. Epithélioma kystique des deux ovaires. Généralisation au péritoine et aux deux plèvres, par Auché (*In journal de Médecine de Bordeaux*, n° 27, p. 255, 1887. Résumée.)

Mme S... (Noémie), couturière, âgée de 40 ans, entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. Boursier, le 15 novembre 1885.

Antécédents personnels. — A l'âge de vingt ans, avortement de deux mois et demi à la suite d'une chute assez violente. A vingt-neuf ans, affection de l'utérus, de nature indéterminée. Il y a six mois environ cette malade qui souffrait de coliques légères depuis quelque temps, s'aperçoit qu'elle a, un peu à gauche de la ligne médiane, au-dessus de la symphyse du pubis, une tumeur indurée peu volumineuse et sensible à la pression. Les jours suivants cette tuméfaction augmente successivement de volume. Les règles sont régulières mais plus abondantes. Pas de pertes sanguines pendant l'intervalle des époques cataméniales. La tumeur augmente de volume et la malade maigrit. La tumeur s'élève jusqu'à cinq centimètres au-dessus de la symphyse pubienne et paraît se confondre avec l'utérus; elle est dure, non fluctuante, légèrement bosselée, s'étend à gauche de la ligne médiane, plus à gauche qu'à droite. Elle mesure huit centimètres d'un côté à l'autre. Vers la fosse iliaque existe un noyau arrondi du volume d'un œuf et paraissant néanmoins réuni à la tumeur principale.

La paroi abdominale ne semble pas adhérente à la tumeur; elle a conservé sa coloration normale. Il n'y a pas de dilatation du réseau veineux cutané. Palpation facile, pression peu douloureuse, sauf du côté droit. Pas d'adénopathie inguinale. Foie et rate normaux. Par le toucher vaginal, les culs-de-sac sont libres, le col normal. L'utérus n'est pas mobile et il est impossible de sentir les mouvements qui lui sont imprimés à travers la paroi abdominale. Rien au toucher rectal.

Les règles sont régulières mais abondantes, et durent huit, dix et douze jours. Pas de pertes leucorrhéïques; cependant elles apparaissent en fin décembre, tandis que les règles disparaissent en fin janvier. Besoin impérieux d'uriner aussitôt qu'elle marche ou se met simplement debout. Ce symptôme disparaît dans le décubitus dorsal.

Pas de troubles respiratoires sauf un peu de dyspnée; rien à l'auscultation des poumons.

Par contre, la malade est très pâle, très amaigrie et a un teint terreux.

A la fin de décembre, subitement toux, dyspnée très intense et point de côté assez douloureux. A l'auscultation on constate une diminution du murmure vésiculaire aux deux sommets et de nombreux râles mu-

queux aux deux bases; sonorité normale à la percussion et vibrations thoraciques conservées.

Peu de jours après, il se développe un œdème considérable du membre inférieur gauche, suivi bientôt d'un œdème semblable du membre inférieur droit. La tumeur à cette époque est douloureuse, plus volumineuse et nettement bosselée.

L'état général s'aggrave et la malade meurt le 7 mars 1885.

Autopsie (*in extenso*). — A l'ouverture de la cavité abdominale on voit s'écouler un liquide *ascitique* citrin dont on peut évaluer la quantité à deux litres. Le grand épiploon excessivement épaissi, mesurant en certains points jusqu'à trois centimètres d'épaisseur, est parsemé, dans sa partie supérieure beaucoup moins épaisse que la partie inférieure, d'une multitude de noyaux assez résistants, d'une coloration blanc-grisâtre, d'un volume variable atteignant les uns la grosseur d'une noisette, les autres celle d'un grain de mil.

La partie inférieure de la cavité abdominale est occupée par une masse continue qui en remplit toute la largeur. Cette tumeur, dont la coupe verticale représente la forme d'un triangle à base inférieure, est constituée par un tissu lardacé, d'une coloration blanchâtre, grisâtre dans certains points, renfermant quelques kystes atteignant les uns le volume d'un pois, les autres le volume d'une petite noix. Ils renferment un liquide parfaitement limpide, d'une coloration jaune-citrin. Cette masse à surface irrégulière, parsemée de nodosités abondantes, adhère légèrement au péritoine pariétal.

Les intestins sont parsemés de petites saillies, la plupart pédiculées, et ne dépassant pas le volume d'un grain de millet. Ces granulations assez abondantes, distantes les unes des autres de quelques millimètres seulement en certains points, de quelques centimètres en d'autres, se trouvent dans toute l'étendue de l'intestin.

Le mésentère, dont l'épaisseur est à peu près normale, est parsemé de granulations semblables mais beaucoup plus nombreuses.

Il n'y a pas de trace de péritonite.

Quand on soulève la masse intestinale, on trouve dans le bassin une vaste tumeur adhérant légèrement au grand épiploon et très fortement aux organes du voisinage. Cette masse comprend l'utérus, les deux ovaires et le rectum dont il est impossible de la séparer. Elle mesure transversalement seize centimètres et verticalement douze centimètres.

Elle est assez régulière, presque symétrique et présente sur plusieurs points, des saillies arrondies et manifestement fluctuantes. Une coupe pratiquée sur les parties latérales de la tumeur, permet de constater l'existence de kystes nombreux atteignant, les uns le volume d'une petite orange, les autres celui d'une noisette. Ils sont remplis d'un liquide séreux, légèrement teinté en rose. Leurs parois sont constituées par une masse solide, assez résistante, blanchâtre, très abondante, particulièrement à la partie inférieure des deux masses latérales. Les kystes occupent surtout la partie supérieure, et sont recouverts par le péritoine pelvien qui s'adosse à leurs parois très minces dans ces points-là.

Les ovaires ne sont pas reconnaissables au milieu de ces tissus. La trompe gauche est aussi confondue avec le néoplasme. La trompe droite présente le volume du petit doigt; son canal atteint environ quatre millimètres de diamètre, et ses parois mesurent à peu près trois millimètres d'épaisseur. Son extrémité externe se perd au milieu de la tumeur; l'extrémité interne est facilement suivie jusqu'à l'utérus. Ce dernier enveloppé par la tumeur dans toute l'étendue de sa face postérieure et de ses bords latéraux, présente au niveau de son bord supérieur, une masse arrondie, très résistante, contenue dans la paroi, saillante au-dessus de l'utérus, mais ne faisant nullement saillie dans l'intérieur de sa cavité. Elle présente le volume d'une grosse noix et offre à la coupe une coloration blanchâtre, légèrement rosée. La cavité de l'utérus offre des dimensions normales; ses parois ont leur épaisseur ordinaire. Le col est petit, arrondi et présente les caractères d'un col de multipare. La tumeur s'arrête sur les parties latérales de l'utérus, à peu près au niveau de la naissance du col; c'est ce qui explique la liberté complète des culs-de-sac vaginaux.

Les ganglions lombaires et pelviens sont volumineux et manifestement dégénérés.

Le rectum est compris dans la tumeur; toute la paroi antérieure est envahie par le néoplasme qui a produit, à douze centimètres environ au-dessus de l'orifice anal, un rétrécissement très prononcé de son calibre.

La vessie et les uretères sont indépendants de la tumeur.

La face inférieure du diaphragme est parsemée de granulations semblables à celles que nous avons retrouvées sur le mésentère et les intestins.

A l'ouverture de la cage thoracique, on constate du côté gauche un léger épanchement pleurétique qu'on peut évaluer approximativement à

300 gr. Au sommet gauche, et dans beaucoup de points de la cavité pleurale droite, on trouve des adhérences légères qu'il est très facile de rompre. La plèvre pariétale présente à la base de nombreuses petites plaques blanchâtres, épaisses de deux à trois millimètres, larges quelquefois de quatre à cinq millimètres et résistantes à la coupe. La plèvre viscérale est épaissie dans presque toute son étendue ; mais, dans beaucoup d'endroits, elle offre des noyaux grisâtres, aplatis parallèlement à la surface pulmonaire et atteignant une épaisseur beaucoup plus grande que celle du reste de la plèvre. De ces parties épaissies partent de très fines travées blanchâtres qui se perdent dans le parenchyme pulmonaire, à cinq ou six millimètres de la surface. Les poumons sont légèrement congestionnés à leur base.

Le cœur est normal. Le péricarde est le siège de quelques granulations situées sur son feuillet pariétal, près de son insertion diaphragmatique.

Examen microscopique. — Des coupes pratiquées sur les portions charnues qui séparent les cavités kystiques, font voir un stroma conjonctif très abondant dans certains points, beaucoup moins épais dans d'autres. Il est constitué par des fibres lamineuses, très serrées dans les portions les plus épaisses, beaucoup plus lâches ailleurs. Dans leurs intervalles existent de nombreux noyaux embryonnaires.

Dans les parties les plus denses du tissu fibreux, on rencontre quelques rares petits amas cellulaires, constitués par des éléments en nombre très minime, disposés sur deux couches, en lame peu épaisse et sans cavité centrale.

D'autres nodules plus volumineux ont une lumière centrale ; ils sont formés par les mêmes éléments cellulaires, disposés irrégulièrement sur plusieurs couches et remplissant presque complètement la cavité kystique.

Dans les parties les plus lâches du stroma, les éléments cellulaires dominent et sont disposés sous forme d'îlots très nombreux, à peine séparés par quelques travées de tissu conjonctif, pour la plupart complètement pleins, mais quelquefois possédant une cavité centrale plus ou moins grande. Dans tous les cas, sauf la première et la seconde couche, les plus externes étant disposés assez régulièrement, les éléments cellulaires n'affectent aucun ordre et échappent à toute descrip-

tion. Les îlots plus volumineux présentent tous une cavité centrale, et leurs parois sont tapissées par des cellules disposées sur plusieurs couches, comme il vient d'être dit.

Enfin, si on examine la paroi des grands kystes, on la trouve constituée extérieurement par une couche assez épaisse de tissu fibreux, dans laquelle on ne trouve que quelques petits îlots cellulaires très disséminés, et plus superficiellement par une seconde couche, composée en majeure partie de cellules séparées par quelques minces travées conjonctives.

La couche fibreuse, dans les kystes superficiels, constitue presque entièrement la portion de la paroi en contact avec la séreuse péritonéale. Elle ne dépasse pas un à deux millimètres d'épaisseur et présente sur sa face interne quelques cellules disposées irrégulièrement, mais jamais en couches bien épaisses. Dans les portions profondes de la paroi, la disposition est tout autre : de la couche fibreuse se détachent de chaque côté des travées plus ou moins épaisses, formant des alvéoles semblables à ceux que nous avons déjà signalés. Les travées fibreuses disparaissent enfin, et la surface interne du kyste se trouve formée par des éléments cellulaires très nombreux dans certains points, beaucoup moins dans certains autres. Enfin, de loin en loin, se détachent de la paroi du kyste de petites végétations ne dépassant presque jamais quatre à cinq millimètres de longueur et constituées par une fine trame conjonctive entourant de nombreux îlots cellulaires, en général très petits et sans cavité centrale.

La surface de ces végétations est, comme la surface kystique, tapissée de petites cellules disposées très irrégulièrement.

En aucun point, nous n'avons constaté la présence de végétations tubulaires creuses ou pleines; partout les cellules infiltrent irrégulièrement le tissu conjonctif et donnent à la tumeur l'aspect du carcinome.

Quant aux éléments cellulaires, ils n'ont pas partout la même forme et les mêmes caractères. Cylindriques dans les couches profondes et dans les petits îlots cellulaires, où ils sont disposés en revêtement régulier sur la paroi conjonctive, les cellules deviennent très irrégulières comme forme et comme dimensions dans les couches suivantes.

Quelques-unes sont remplies de granulations graisseuses et en voie de désagrégation; par places, elles ont même presque totalement disparu et se trouvent remplacées par une foule de granulations et de

gouttelettes graisseuses. Aussi on peut croire que ce processus dans le cas présent n'est pas étranger à la production des cavités kystiques, que celles-ci commencent par de petits nodules épithéliaux qui s'accroissent progressivement, se creusent d'une cavité et que, dans cette cavité, tombent des cellules au fur et à mesure qu'elles se désagrègent contribuant ainsi à former les grands kystes que nous avons signalés.

La structure de la tumeur épiploïque est semblable à celle de la tumeur kystique. Les productions pédiculées qu'on observe sur le mésentère et sur l'intestin, sont aussi formées de petites masses de cellules épithéliales, disposées circulairement sur une seule couche, quelquefois sur deux, mais ne limitant jamais aucune cavité centrale. Ces îlots sont séparés entre eux par un fin réticulum de tissu conjonctif renfermant de nombreux éléments embryonnaires. A la surface les cellules sont libres et tombent facilement dans la cavité péritonéale. Le pédicule de ces petites productions mesure à peine un demi-millimètre à un millimètre. La lésion ne le dépasse pas et, sauf quelques cellules embryonnaires qui existent au point d'implantation, le tissu sous-jacent est sain.

Les petites plaques situées sur les deux faces du diaphragme et celles situées sur les plèvres pariétale et viscérale, offrent exactement la même structure.

Malgré tous nos soins et malgré les nombreuses coupes pratiquées au niveau de deux plaques se correspondant sur les deux faces du diaphragme, nous n'avons pu, comme M. Ménétrier (V. *France médicale*, 12-14 janvier 1886), suivre la progression des éléments de la face péritonéale à la face pleurale.

Des plaques situées à la surface du poumon, portent des prolongements visibles à l'œil nu sous forme de travées blanchâtres et s'enfonçant jusqu'à un centimètre environ dans le parenchyme pulmonaire. Ils sont constitués par les mêmes éléments que les plaques superficielles.

Observation XI

Hôpital Laënnec. — Service de M. le Dr Routier. — *Kyste multiloculaire végétant de l'ovaire gauche. Ovariotomie incomplète. — Guérison. Généralisation à la varoi abdominale et aux*

organes abdominaux, un an après l'opération. Mort. (Observation inédite due à l'obligeance de M. le Dr Routier ; n° 1 de sa première série de vingt-cinq ovariotomies.)

Mme F..., âgée de 40 ans, ayant eu cinq grossesses successives et normales Pas d'antécédents héréditaires.

Il y a six ans, elle ressentit des douleurs abdominales surtout pendant la nuit, qui du côté gauche de l'abdomen, remontaient à l'épigastre. Ces douleurs étaient plus intenses au moment des menstrues.

La malade était essoufflée dès qu'elle faisait le moindre mouvement. Les urines étaient chargées d'acide urique, ce qui fit penser à un calcul de la vessie; l'examen dans ce sens resta négatif.

Il y a six mois ces symptômes se sont accentués ; le ventre a pris un volume assez considérable, et des troubles gastriques caractérisés par de la dyspepsie, perte de l'appétit, vomissements, etc., sont venus s'ajouter aux autres symptômes.

Mme F..., s'aperçut alors par la palpation que le côté gauche de l'abdomen était plus saillant que le droit. M. le Dr Hache, qui fut alors consulté, l'adressa à M. le Dr Routier à l'hôpital Laënnec.

A l'examen, M. Routier constata qu'elle présentait des symptômes probables de kyste ovarique. Une ponction exploratrice pratiquée évacua quatre litres d'un liquide brunâtre un peu visqueux. La tumeur s'effaça après la ponction, l'abdomen devint flasque ; on constatait cependant une légère matité dans le flanc gauche.

M. le Dr Routier décide l'opération qu'on remet à un peu plus tard à cause de la proximité des règles. Pendant ce temps, l'abdomen reprend peu à peu le volume qu'il possédait avant la ponction.

Mme F... examinée de nouveau le 15 décembre 1885, ne présente ni dysurie, ni constipation ; les règles ont duré cinq jours ; la langue est bonne malgré une inappétence complète. Gêne respiratoire ; à l'auscultation du thorax, on ne constate rien d'anormal. L'abdomen forme une voussure considérable à gauche, l'ombilic est entraîné de ce côté. A travers la paroi abdominale antérieure assez épaisse, on sent une tumeur arrondie, régulière, qui arrive à huit centimètres au-dessus de l'ombilic et déborde d'autant la ligne médiane à droite. Dans cette zone, on sent de la fluctuation un peu partout. L'utérus est peu mobile, le col est dévié à gauche, le corps est couché du côté droit effaçant ainsi le cul-de-sac vaginal correspondant.

Ovariotomie. — M. le Dr Routier procède à l'ovariotomie le 16 janvier 1886, avec l'aide de M. Terrier. On se trouve en présence d'un kyste sillonné de grosses veines, immobilisé dans le petit bassin inclus dans l'épaisseur du ligament large gauche. On le ponctionne et on en retire trois litres de liquide environ. L'énucléation totale étant impossible, on résèque une partie de la poche kystique. Le ligament large ayant été déchiré, trois points de suture au catgut rétablissent sa continuité.

Récurage de l'intérieur du kyste qui est garni de nombreuses végétations ; les parois sont grattées avec les extrémités des doigts et les bords de la poche sont fixés à la paroi abdominale. Deux drains de vingt centimètres sont placés jusqu'au fond de la poche. Pansement à l'iodoforme ; gaze de Lister et charpie de bois en sachets tout autour de l'ouverture suturée à la paroi.

Le 25 janvier, ablation des sutures superficielles et de quelques sutures profondes. Raccourcissement graduel des drains.

Le 12 mars, cicatrisation complète ; la malade se considère guérie et sort.

Mme F... meurt le 5 décembre 1886, un an après le début de l'affection par la généralisation du néoplasme à la paroi abdominale et aux organes abdominaux : on sentait en effet, par la palpation de l'abdomen, de nombreux noyaux sur la nature desquels il n'y avait pas lieu de se méprendre. Deux mois avant le terme fatal, la cicatrice abdominale s'était rouverte et laissait écouler un liquide ichoreux et fétide.

Examen histologique. — Cet examen fait au collège de France a mis en évidence qu'on avait affaire à un épithélioma mucoïde kystique à nombreuses végétations.

Observation XII

Cas de Flaischlen (in Zeitschrift für geburtshilfe und gynækologie, 1882) — *Kyste papillaire du côté droit, dégénérescence carcinomateuse avancée du kyste, productions calcaires abondantes* (Psammôme.)

Ovariotomie pratiquée par le Dr Paul Ruge le 15 avril 1879. L'ovaire gauche paraissant normal n'est pas enlevé ; de petites productions papillaires, siégeant sur le péritoine dans l'espace de Douglas, sont également laissées. Deux ans après l'opération (avril 1881), la malade examinée par l'opérateur ne présentait aucune apparence de récidive.

Sur des coupes microscopiques pratiquées dans la partie solide de la tumeur, on trouve de nombreux amas épithéliaux de cellules glandulaires, renfermés dans des alvéoles de tissu conjonctif et ayant ainsi l'aspect du carcinome épithélial pur. Un très grand nombre de ces amas épithéliaux sont complètement infiltrés de matière calcaire, ce qui donnait à la coupe la sensation d'un corps graveleux.

Observation XIII

Tumeur kystique végétante de l'ovaire gauche. Généralisation au péritoine, utérus, etc. Laparotomie. (In *Journ. des Sc. Médic. de Lille*, p. 217, 1887. Résumée.)

Femme âgée de 66 ans, ménagère, entrée dans le service de M. le professeur Duret, le 9 juin 1886. Pas d'enfants. Règles irrégulières; ménopause à 50 ans.

Vers l'âge de 40 ans, la malade sentit dans le flanc droit une « boule » du volume du poing; mais le ventre n'a commencé à grossir d'une façon bien manifeste que depuis quatre ans.

Ponctions successives et en grand nombre évacuant un liquide verdâtre variant entre vingt litres et douze litres.

Paroi abdominale œdématiée, pas d'œdème des jambes.

Opération le 19 juin. Ascite assez considérable. Derrière la masse intestinale, on voit une tumeur volumineuse kystique, à parois blanches, opaques, épaisses et comme cartilagineuses, présentant dans leur épaisseur et à leur surface, de petits kystes séreux à parois transparentes. On y voit de plus, surtout à la partie supérieure, de grosses masses végétantes à surface granuleuse. Cette tumeur a le volume d'une tête d'adulte et elle est formée aux dépens de l'ovaire gauche. Le péritoine en plusieurs endroits a subi un épaississement énorme (quatre à cinq millimètres); il est opaque, comme cartilagineux et présente plusieurs plaques calcaires. A la suite de l'opération, symptômes péritonéaux et mort.

Autopsie. — L'examen des pièces pathologiques permet de constater une tumeur énorme développée sur le ligament large gauche et, dans l'épaisseur du ligament large droit, des kystes multiples beaucoup moins volumineux et accompagnés de végétations. L'utérus mon-

tre trois ou quatre tumeurs ovoïdes du volume d'une châtaigne et ressemblant à des ganglions hypertrophiés et adhérents chacun isolément à sa masse musculaire par un pédicule large et très court au voisinage de l'abouchement de la trompe droite. La tumeur principale, dont la partie inférieure est végétante, présente le volume d'une tête d'adulte. Elle est kystique, formée d'une paroi épaisse de trois à quatre millimètres et laisse voir dans son épaisseur et à ses surfaces interne et externe de petits kystes séreux et des végétations papillomateuses. Le pédicule renferme la trompe. Dans l'épaisseur du ligament large droit on constate la présence de plusieurs kystes du volume d'une mandarine ; le plus externe présente une tumeur adhérant à sa paroi et qui, vue sous l'eau après macération, prend un aspect villeux et dendritique. On voit aussi en arrière du ligament large une portion considérablement épaissie du péritoine.

Examen histologique. — Pratiqué par M. le professeur Augier, cet examen démontre la nature épithéliale de la tumeur. Les éléments épithéliaux sont de forme cylindrique, à noyaux ovoïdes et disposés dans l'épaisseur de la paroi kystique, en amas circonscrivant une fente allongée ou de forme étoilée. Dans ce dernier cas, on dirait que la paroi de la cavité a subi une sorte de plissement ou de bourgeonnement, et chacun des plis et des enfoncements ainsi formés sont tapissés par un revêtement régulier et en couche unique de cellules épithéliales cylindriques.

La surface interne du kyste présente un nombre considérable de saillies de forme et de volume très variables. Ces inégalités sont tapissées par un revêtement épithélial essentiellement polymorphe. La plupart de ces éléments sont formés de longues cellules cylindriques en couche unique, sans être ni caliciformes, ni ciliées. Par places ces éléments cellulaires sont stratifiés et dans les points où la prolifération épithéliale est plus active, il se forme des amas qui proéminent, se pédiculisent et donnent naissance à une végétation. Dans le sein même de ces végétations on trouve des cellules à noyaux multiples. Dans d'autres points les éléments épithéliaux sont tantôt cubiques, tantôt coniques, tantôt pédiculés en raquette. Les noyaux et le protoplasma de ces derniers éléments ont subi par places une dégénérescence particulière probablement hyaline ; ils se colorent très faiblement.

La charpente des végétations est formée de grands éléments cellu-

laires étoilés à prolongements,et par places on voit une substance hyaline ou muqueuse transparente. Les végétations de la surface externe ont une structure identique et, comme les masses végétantes du ligament large droit, présentent le même aspect extérieur ; on peut en conclure leur identité de structure.

La charpente de la paroi kystique est formée par du tissu conjonctif; par places elle est surtout constituée par un feutrage d'épais faisceaux fibreux.

Observation XIV

Hôpital Bichat. Service de M. Terrier. *Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Ovariotomie. Récidive sur l'ovaire du côté gauche; deuxième ovariotomie. Guérison.* (Nos 74 et 135 des séries d'ovariotomies de M. Terrier; première partie de l'observation in *Union médicale*, 1885, p. 926. Résumée).

Mme G..., femme Dub..., âgée de 42 ans, sans profession, entre le 13 janvier 1884 salle Chassaignac n° 13, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale. Réglée à quatorze ans, elle n'a jamais eu de troubles de la menstruation ; depuis quelque temps, les règles jusqu'ici très abondantes, ont diminué de quantité.

Mariée à vingt et un ans, elle n'a jamais eu d'enfants et n'a pas fait de fausses couches.

Il y a une douzaine d'années la malade a été sujette à des douleurs au niveau des régions ombilicale, hypogastrique et iliaque gauche.

La douleur alors était le seul symptôme qui existât et le ventre avait son volume habituel. A cette époque la malade alla consulter M. Van Peteyen (de Lille); celui-ci reconnût une ulcération du col de l'utérus qu'il cautérisa une vingtaine de fois, et une tumeur grosse comme une pomme, de consistance dure et siégeant dans la fosse iliaque droite.

La malade vint alors à Paris et consulta M. le professeur Duplay, celui-ci découvrit une seconde tumeur du volume d'un petit œuf, mobile, située au-dessus de la symphyse pubienne, et conseilla à la malade de se faire opérer le plus tôt possible. M. Péan, consulté quelques jours plus tard, diagnostiqua, au dire de la malade, un corps fibreux kystique; il ne croit pas l'opération nécessaire du moins pour le moment. Quatre ou cinq semaines après, M. Parise (de Lille) diagnostiqua des fibro-kystes multiples et considéra l'opération comme impossi-

ble. Peu après M. Kœberlé, à Strasbourg, diagnostiqua une tumeur fibreuse kystique et rejeta l'intervention.

Le développement du ventre a été graduel, et la marche, silencieuse d'ordinaire, n'a été interrompue que par cinq ou six poussées douloureuses.

Urines peu abondantes : perte de l'appétit. Examen de M. Terrier qui diagnostique un kyste de l'ovaire; une ponction exploratrice est faite le 19 janvier.

Première ovariotomie. — Faite par M. Terrier avec l'aide de MM. Périer, J. Championnière et Berger, chirurgiens des hôpitaux. Ouverture rapide du péritoine qui contient un peu de liquide ascitique. La poche kystique droite est recouverte par l'épiploon adhérent au kyste et à la paroi abdominale. En bas, les tumeurs sus-pubiennes sont des kystes remplis de liquide clair qui les distend fortement.

L'épiploon est détaché peu à peu du kyste et de la paroi; adhérences intimes entre le kyste et l'appendice cœcal. Le kyste situé du côté droit est ponctionné et donne trois litres et demi d'un liquide rougeâtre avec des cristaux de cholestérine. En bas, le kyste se continue avec la masse polykystique sus-pubienne.

Deux pédicules sont faits un à droite et l'autre à gauche. Masses végétantes derrière le pédicule droit qui sont enlevées. Toilette minutieuse du péritoine et du petit bassin; on replace l'épiploon en avant des anses intestinales et on fait la suture du ventre avec huit fils profonds et un superficiel. Durée de l'opération cinquante-quatre minutes.

Suites de l'opération excellentes, la malade sort guérie le 23 février. Revue vers la fin de 1884, elle jouissait d'une bonne santé et ne présentait pas de trace de récidive.

Le kyste enlevé était formé d'une grande poche du volume d'une grosse tête d'adulte et de quatre poches accessoires offrant les dimensions du poing et au-dessous. Le poids du kyste est de deux kilogrammes cent grammes, le liquide évacué de quatre litres (1).

Apparition d'une nouvelle tumeur vers le mois d'août 1885, et

(1) *Deuxième partie de l'observation inédite.*

traduisant sa présence par les douleurs qu'elle provoque chez la malade et la tuméfaction de l'abdomen. Urines normales en quantité et qualité, mictions difficiles et fréquentes, pas de règles, celles-ci s'étant supprimées après la première intervention chirurgicale.

Deuxième ovariotomie. — Faite par M. Terrier le 30 mars 1886 à l'hôpital Bichat. Adhérences du kyste développé aux dépens de l'ovaire gauche avec les parois abdominales antéro-latérales, adhérences épiploïques. Ablation de la tumeur en masse sans ponction; ligature du pédicule avec deux fils à anses entrecroisés (méthode de Thornton). Durée de l'opération vingt-deux minutes.

Revue en 1888, Mme D... présente des accidents de rhumatisme, mais pas de trace de récidive, si ce n'est que quelques ganglions sous-maxillaires droits et parotidiens étaient tuméfiés.

Examen anatomo-pathologique. (Fait par le Dr Poupinel). — Le poids total de la tumeur enlevée en second lieu est de 6 kilog. (4000 gr. de liquide pour 2100 gr. de matières solides). Cette masse multilobée, examinée par M. Poupinel, a le volume total d'une tête d'adulte environ, ressemblant à une grappe de raisin ou à un ovaire de poule, dont chaque lobe a au moins le volume d'une pomme d'api. Les diverses poches ont en général une paroi assez mince, tout à fait transparente pour plusieurs d'entre elles. Leur contenu est visqueux, filant, ambré. Elles sont toutes groupées et implantées autour d'une masse semi-solide, sur laquelle s'observent trois groupes de végétations en chou-fleur et où vient aboutir le pédicule de la tumeur. La masse semi-solide est constituée par un tissu aréolaire. Dans l'intérieur des petits kystes qui la constituent s'observent de volumineuses végétations blanchâtres, dont quelques-unes comblent complètement la cavité où elles se trouvent. Deux des grands kystes présentent aussi des végétations sur leur face interne.

Il existait des *masses néoplasiques sous le péritoine pelvien;* elles n'ont pu être enlevées.

Examen histologique. — L'examen histologique pratiqué par le M. le Dr Poupinel montre qu'on est en présence d'un épithélioma à cellules cylindriques vibratiles. Le stroma est formé de tissu conjonctif adulte, creusé de quelques cavités épithéliales remplies plus

ou moins complètement de végétations. On y voit un revêtement épithélial régulier mais très bourgeonnant,à une seule couche de cellules cylindriques de haute grandeur à cils vibratiles. La charpente des végétations est en général fibreuse, myxomateuse dans quelques-unes. Des globes de substance colloïde sont disséminés en grande abondance un peu partout, surtout dans le stroma des végétations et celui de la tumeur au voisinage des kystes.

Réflexions. — Nous ne possédons qu'une observation de ce genre; un kyste de l'ovaire opéré, récidive sur l'ovaire du côté opposé au bout d'un certain laps de temps. A l'occasion de cette seule observation, nous ne discuterons pas les hypothèses qu'on pourait émettre à son sujet. D'ailleurs, des explications qui peuvent en être données, deux seules nous paraissent rationnelles et c'est à l'une d'elles qu'il faut donner la préférence.

1o Ou bien l'épithélioma existait simultanément dans les deux ovaires et alors l'évolution de l'un des kystes a été indépendante de celle de l'autre, la dégénérescence de l'un des ovaires n'étant pas, bien entendu, appréciable lors de la première ovariotomie.

2o Ou bien il faut croire que l'épithélioma primitivement développé sur l'un des ovaires a tout simplement infecté son congénère. A laquelle de ces deux hypothèses donnner la préférence? Une seule observation ne peut que nous mettre dans l'obligation d'être discret à ce sujet et c'est à la thèse de M. Poupinel que nous renvoyons pour de plus amples détails.

B. Observations n'ayant pas bénéficié d'un examen histologique.

Observation XV

N° 52 des séries d'ovariotomie de M. Terrier. *Kystes multiloculaires des deux côtés. Ovariotomie double en 1882. Récidive en 1884. Mort de cancer du foie et du péritoine en 1887.* — (Observation inédite. Résumée.)

Mlle F..., de Honfleur, vierge, âgée de 42 ans. La malade accuse un début de quinze à seize mois à sa tumeur. Elle a été sujette à des douleurs vives généralisées à tout l'abdomen et dues à des poussées de péritonite.

Peu d'ascite. Œdème de la paroi abdominale et des jambes. Excrétion des urines, moins d'un litre en vingt-quatre heures; miction fréquente.

L'ovariotomie est faite par M. Terrier à Honfleur, le 29 juillet 1882. Trois ligatures sont appliquées sur le pédicule avec du fil de soie trempé dans une solution phéniquée forte. Durée de l'opération, soixante minutes.

La récidive débute en 1884.

Cancer du foie et du péritoine en 1886. Mort le 23 janvier 1887. L'autopsie n'a pu être faite.

Observation XVI

Hôpital Bichat. Service de M. Terrier. *Double papillome des ovaires. Ovariotomie. Guérison. Récidive en voie d'évolution.* (Observation inédite, n° 89 des séries d'ovariotomie de M. Terrier.) Résumée.

Mlle Paillard, vierge, âgée de 22 ans. Les règles ont été toujours normales et régulières. Les accidents datent depuis un an; *ascite*, mictions fréquentes, état général grave.

Une seule ponction exploratrice.

Ovariotomie. — Faite par M. Terrier le 22 juillet 1884. Papillomes des deux ovaires avec adhérences épiploïques. Pédicules liés et abandonnés; durée de l'opération cinquante-cinq minutes. Poids des tumeurs 200 gr.

La malade revue en 1885 se portait fort bien; les règles *revenues* étaient régulières.

Examinée le 22 mars 1889, l'opérée présente sur la ligne médiane de l'abdomen, immédiatement au-dessus du pubis et plongeant dans l'excavation, une tumeur un peu plus grosse que le poing débordant un peu à droite la ligne médiane et laissant libre les fosses iliaques. Cette tumeur est fluctuante et paraît immobilisée dans le petit bassin par des adhérences. Ponctionnée elle donne issue à un demi-litre environ de liquide transparent jaune brun, moussant, filant, visqueux. Par refroidissement ce liquide louchit et prend la teinte brunâtre foncée des liquides kystiques. Examiné au microscope il présente de nombreux corpuscules arrondis et granuleux; on n'y trouve aucune cellule épithéliale suffisamment conservée pour pouvoir définir sa forme.

Observation XVII

Hôpital Bichat. Service de M. Terrier. *Kystes végétants des deux ovaires avec tumeurs secondaires du péritoine et de l'épiploon. Ovariotomie. Mort.* (N° 139, des séries d'ovariotomies de M. Terrier. Résumée).

Mme H... d'Alger, âgée de 40 ans, serait souffrante du côté de l'abdomen depuis l'âge de vingt-six ans et demi, époque de sa première couche; toutefois elle eut encore deux enfants et se portait assez bien jusqu'à l'âge de trente ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Tout d'abord, elle ressentit des ballonnements subits du ventre, puis, il y a cinq ans, survinrent de grandes douleurs abdominales avec gonflement du ventre, ce qui força la malade à garder le lit pendant quatre mois. Ces accidents disparurent et Mme H... se crut guérie pendant deux années, au bout desquelles, après un voyage assez long, elle fut reprise de douleurs abdominales et de gonflement du ventre. Après un mois de repos l'état redevint satisfaisant.

En décembre 1885, apparition nouvelle d'accidents abdominaux pour lesquels la malade qui habitait Alger revint en France. Aux douleurs

et au gonflement de l'abdomen s'ajoutèrent des troubles digestifs et des vomissements. Ces accidents se calmèrent après un mois, mais le ventre resta gros et tendu.

Depuis mars 1886 l'abdomen grossit peu à peu et c'est surtout pour ce phénomène qu'elle consulta un médecin; on lui dit qu'elle avait un kyste ovarique. En juin 1886, Mme H... présente tous les symptômes d'une *ascite* avec une tumeur abdominale profondément située. Rien du côté de l'utérus; urines normales en quantité et qualité; menstrues très peu abondantes mais régulières. Troubles digestifs et douleurs abdominales s'irradiant dans la cuisse droite.

Ovariotomie le 19 juin 1886, avec l'aide de MM. Berger, Périer et Just Championnière, chirurgiens des hôpitaux. On fait une large ouverture au ventre et on donne issue à une cuvette environ de liquide ascitique très visqueux. Un kyste se présente et est ponctionné (3 litres de liquide) ; on l'extrait avec deux ou trois kystes et des végétations; le pédicule situé à droite est saisi par une pince courbe, puis lié avec deux fils disposés en X. Des adhérences épiploïques sont déchirées et liées avec du fil de soie fin.

L'épiploon est rempli de granulations et renferme de nombreux ganglions indurés. — Le second kyste est extrait en masse ; il est situé à gauche et deux fils entrecroisés en X sont placés sur son pédicule. Ce kyste est multiloculaire et végétant. On voit alors que toute l'excavation recto-vaginale est remplie de kystes et de végétations qu'on enlève avec les doigts et racle avec les ongles. Deux fils sont placés sur des vaisseaux rectaux. Pendant ces manœuvres les ligatures du pédicule droit cèdent et doivent être refaites un peu plus bas. Toilette soignée du péritoine. Suture de la paroi faite avec neuf fils d'argent profonds et un superficiel.

La première journée fut assez bonne, sauf un peu d'anurie. T. 38° 7. Le second jour, douleurs abdominales, vomissements porracés, toujours peu d'urine (400 gr. en 24 heures). T. 39° le soir.

Troisième jour, agitation vive, et subdélirium, anurie, 40° de température. Mort après quarante-huit heures.

L'examen anatomique des ovaires et des granulations épiploïques fut fait au laboratoire d'histologie du collège de France par M. le Dr Poupinel; il en résulta que les ovaires étaient atteints d'épithélioma kystique mucoïde et que les noyaux secondaires du péritoine et de l'épiploon étaient aussi de nature épithéliale.

Observation XVIII

Hôpital de la Salpêtrière. Service de M. Terrier. *Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Ovariotomie. Guérison. Généralisation au col utérin. Hyst. vaginale. Guérison.* (Obs. 50, des séries d'ovariotomies et 11 des séries d'hystérectomies vaginales de M. Terrier. — Observation inédite. Résumée).

Mme Anteaume, femme, âgée de 40 à 50 ans. Elle a eu deux enfants; ses menstrues ont été toujours régulières jusqu'à peu de temps avant l'intervention chirurgicale. Elle présente comme seul symptôme une distension exagérée de l'abdomen ; pas de douleurs ; elle a été ponctionnée neuf fois.

Ovariotomie. — Faite par M. Terrier, le 1er juillet 1882, à la Salpêtrière. Kyste multiloculaire, développé aux dépens de l'ovaire gauche et ayant des adhérences avec la paroi abdominale antérieure et la trompe du côté opposé. Pédicule lié et réduit ; Lister complet. Poids brut du kyste dix-huit litres de liquide pour sept cent cinquante grammes de matières solides.

La guérison est rapide ; les règles reviennent après l'opération et sont régulières ; l'opérée prend de l'embonpoint. Va très bien à la fin de 1883.

En 1887 la malade se présente à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, avec un cancer du col de l'utérus.

Hystérectomie vaginale, le 26 janvier.

L'examen histologique du néoplasme met en évidence un épithélioma pavimenteux lobulé. — Guérison.

Trois mois et demi après, le cancer épithélial récidive. Un an après l'ablation du col de l'utérus, la malade revue présente un faciès cachectique.

Observation XIX

Récidive d'une tumeur kystique de l'ovaire. Évidement des kystes. Guérison. (Par Vauhenverswyn, in *Journ. des Sc. Médic.*, de Lille, 1887, p. 465. Résumée).

Malade âgée de 44 ans, qui a été opérée d'un kyste ovarique volumineux au mois de juin 1883, par le professeur A. Faucon qui fixa

le pédicule à la paroi abdominale antérieure. Les poches kystiques étaient de grandeurs diverses; l'une d'elles renfermait huit litres de liquide.

Les suites de l'opération furent bénignes, mais un *trajet fistuleux suppurant* persista pendant six mois. Un an après, le ventre grossissait de nouveau : « La tumeur était médiane et fixe ».

Nouvelle opération le 7 mars 1885 par M. le professeur Duret. Presque pas de pédicule ; le néoplasme s'implante par une large base. A gauche la tumeur envoie vers le petit bassin un prolongement dont on ne peut atteindre la limite. Ce diverticulum kystique est fixé plus tard par des points de suture au fil de soie dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. La tumeur est constituée par une multitude de petits kystes renfermés dans une poche commune à laquelle ils adhèrent. Ces adhérences sont ici très lâches, là beaucoup plus intimes. En certains endroits, les kystes sont si nombreux et si rudimentaires que leur ensemble forme une chair molle.

Observation XX

Hôpital Bichat. Service de M. Terrier. *Ovariotomie incomplète. Guérison relative. Persistance d'une fistule. Généralisation ganglionnaire en voie d'évolution.* (In *Union Médicale*, 1886, p. 1039. Résumée).

La nommée Pot..., Augustine, âgée de 38 ans, modiste, entre le 1er mai 1884 à la salle Chassaignac, n° 7.

Tumeur datant depuis six ans; métrorrhagie qui fut soignée dans le service de M. Laboulbène. L'affection avait évolué silencieusement, mais elle se révèle par une métrorrhagie et depuis deux ans la marche de la tumeur est tout autre : le ventre est gros, douloureux ; irradiations pénibles partant de la fosse iliaque gauche et allant se perdre dans la racine de la cuisse correspondante et dans les lombes ; tube digestif en mauvais état, amaigrissement considérable.

Ovariotomie, le 17 juin 1884, avec l'aide de MM. J. Championnière, Berger et Schwartz, chirurgiens des hôpitaux.

Adhérences épiploïques, adhérences étendues avec le côlon descendant et l'S iliaque, enfin adhérences multiples aux bords supérieurs et gauches de l'utérus. La tumeur plonge dans le bassin d'où on essaye

de l'énucléer sans y parvenir. Il faut s'arrêter et faire une opération incomplète. Les bords du kyste sont fixés à la paroi abdominale. Suites de l'opération excellentes.

En août 1885, Mme P... présente un trajet fistuleux au niveau de la cicatrice abdominale.

En novembre 1886, Mme P... se présente maigre, affaiblie, avec un état général médiocre. Les parois du kyste sont très indurées tout autour de l'ouverture fistuleuse, qui donne un liquide muco-purulent. Dans les deux aines, et surtout à gauche, on constate une induration des ganglions lymphatiques de la région. Règles toujours normales.

La poche kystique contenait au moment de l'opération des multitudes de végétations peu volumineuses développées à la surface interne; on y voyait en plus une masse arrondie, du volume d'un gros marron, qui paraissait libre d'adhérences. La partie réséquée du kyste pesait cent trente grammes.

Observation XXI

Lawson Tait (*Traité des maladies des ovaires*, éd. française, p. 178). Kyste enlevé chez une femme (se trouve aujourd'hui au collège des chirurgiens), croyant enlever un ovaire dans un cas d'hémorragie grave due à un myôme utérin. La malade guérit et l'opération eut pendant plusieurs mois un résultat très heureux; mais, environ six mois après, elle mourut d'un cancer de l'utérus.

Observation XXII

Lawson Tait (Ed. française, p. 179). — Une tumeur de l'ovaire a été enlevée chez une enfant de douze ans. Ni dans la tumeur, ni dans l'abdomen, il n'y avait la moindre trace d'affection maligne. Elle guérit de l'opération, mais mourut dans le mois de cancers de tous les grands organes.

Observation XXIII

Cas de Cohn (*In Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynœkologie*, Bd XII, p. 40).

Mlle H... (n° 34) fut opérée, le 22 décembre 1881, d'un kyste glandulaire en dégénérescence cancéreuse. La guérison se maintient pendant trois ans. A ce moment apparaît dans l'abdomen une tumeur qui

fut enlevée, le 12 décembre 1884, avec la plus grande difficulté. L'opérée guérit et se trouve aujourd'hui, huit mois après l'opération, en parfaite santé.

Observation XXIV

Cas de Ollschewsky *cité par* Cohn (*in Zeitschrift für geburtshilfe und gynæcologie.* (Bd. XII Hft 1, 2 p. 50).

Femme de 46 ans, portant dans le ventre une tumeur mobile, depuis l'âge de quatorze ans, qui augmente depuis sa dernière couche et cause de la gêne. Le ventre était distendu fortement par une tumeur paraissant composée de lobes isolés. Le 13 février 1884 on enleva cette tumeur d'un volume supérieur à celui d'une tête d'adulte; c'était un kyste multiloculaire en forme de grappe de raisin. Des kystes du volume d'une noisette très tendus pendaient attachés isolément à un pédicule dendritique à ramifications nombreuses. L'examen fait par C. Ruge le fit considérer comme absolument bénin. L'autre ovaire légèrement augmenté de volume fut aussi enlevé. Guérison rapide. Quatre mois plus tard le ventre était de nouveau distendu par une tumeur bosselée. La tumeur adhérant dans le petit bassin et partout ailleurs, l'intervention de nouveau tentée dut être abandonnée.

L'examen d'un fragment réséqué montra qu'il s'agissait de carcinome.

La guérison fut retardée par l'apparition d'un thrombose de la veine crurale. L'opérée mourut trois mois après.

Observations recueillies dans les tableaux statistiques des gastrotomies pratiquées par M. Péan, *à l'hôpital Saint-Louis.* (In *Leçons de clin. chir.*)

Observation XXV

N° 49. — Opérée d'un cancer kystique à dégénérescence colloïde. Dégénérescence de l'épiploon et d'une grande partie du feuillet viscéral du péritoine. Mort. Nature de l'intervention n'est pas signalée.

Observation XXVI

N° 55. — Ovariotomie du 11 janvier 1872. Femme âgée de

55 ans, opérée d'un cancer kystique des deux ovaires ; le péritoine était envahi secondairement; les deux ovaires ont été enlevés. Mort.

Observation XXVII

N° 90. — Ovariotomie du 13 août 1873. Jeune fille de 19 ans, opérée d'une tumeur kystique de l'ovaire gauche. Ascite louche un litre et demi. Tumeur en partie solide contenant un litre de liquide dans son intérieur. Trame friable ; ablation par morcellement. — Adhérences généralisées très solides par places, très vascularisées dans d'autres. Pédicule sur l'ovaire gauche. Plusieurs portions adhérentes ne peuvent être enlevées et sont formées en pédicule

Cancer abdominal l'année suivante.

N. B. — Ces trois observations ne sont pas signalées dans la thèse du Dr Poupinel et ont dû probablement lui échapper. Les observations suivantes sont relatives à des gastrotomies pratiquées depuis 1885 jusqu'en 1888 exclusivement.

Observation XXVIII

N° 551. — Myxome du côté gauche. Kyste fœtal du côté droit. Par la ponction on avait retiré à l'Hôtel-Dieu quelques grammes de liquide colloïde. Kyste à grandes bosselures ; dans l'intérieur, masse colloïde, verdâtre, jaunâtre, foncée. La moitié sus-ombilicale de l'abdomen contient des masses sanguinolentes, grumeleuses, colloïdes, qui nécessitent une toilette très attentive du péritoine. Les intestins, le grêle surtout, sont couverts de *granulations* du volume de grains de millet et le péritoine pariétal est couvert de petits *kystes digitiformes*, *colloïdes*, atteignant le volume d'un pois. Du côté opposé à ce kyste, on trouve au niveau de l'ovaire droit un kyste fœtal.

Observation XXIX

N° 562. — Ovariotomie du 16 juillet 1884. Cancer kystique des deux ovaires et de l'utérus. *Ascite*. Malade ayant eu quatre enfants ; cachexie avancée. Début dix mois. Adhérences molles, peu vasculaires, généralisées. Le kyste du côté droit porte à sa surface des productions végétantes.

Quatre mois après l'opération, récidive de l'ascite, apparitions de nouvelles tumeurs dans la région splénique.

Plusieurs ponctions doivent être pratiquées. Mort.

Observation XXX

N° 676. — Ovariotomie du 6 janvier 1885. — Femme âgée de 29 ans, cachectique. Mère et grand'mère *mortes de cancer utérin.* Développement rapide depuis un an. *Ascite.*

Le paquet intestinal est masqué par une grande masse en partie solide, en partie liquide ; ponctions des loges et extraction de la tumeur qui est solide. La tumeur est implantée sur les deux ovaires, les deux ligaments larges, l'utérus. Le péritoine pelvien, les ganglions mésentériques ainsi que le bassin sont farcis de dépôts encéphaloïdes, vasculaires, qui ne sont pas enlevés.

Observation XXXI

N° 705. — Ovariotomie du 17 juin 1885. Femme âgée de 58 ans, trois enfants. Début de la tumeur reconnue il y a six mois. Développement rapide. Ponction donnant dix litres de liquide clair, visqueux, qui, analysé, a fait croire à une tumeur bénigne.

Les ovaires et l'utérus sont couverts de masses kystiques et tous les viscères abdominaux sont masqués par des granulations et des amas cancéreux. Mort.

Observation XXXII

N° 714 — Ovariotomie du 3 août 1885. — Femme âgée de 30 ans, cinq enfants. Début reconnu il y a deux ans, développement rapide depuis six mois. *Ascite considérable.* Tumeur kystique contenant dans ses loges dix kilogrammes de matière gélatineuse, colloïde, adhérences multiples épiploïques et mésentériques. Implantation par un large pédicule sur l'ovaire et le ligament large droits. A gauche autre tumeur d'aspect analogue du volume d'une tête d'adulte implantée sur l'ovaire et ligament large gauches.

Le 26 octobre 1886, la malade revient à l'hôpital Saint-Louis présentant au niveau de la région ombilicale une masse médiane, diffuse, de consistance squirrheuse, adhérente à la face profonde de la paroi abdominale et se perdant profondément du côté de l'épigastre. Cette tumeur est manifestement cancéreuse. Mort.

CHAPITRE III

Considérations cliniques et anatomo-pathologiques sur nos observations.

§. I. Age

Si nous considérons en bloc nos observations de kystes ovariques ayant donné lieu à des néoformations secondaires isolées ou disséminées, nous voyons que l'âge des malades a été noté vingt-quatre fois et qu'il n'est pas signalé huit fois.

La fréquence des kystes a eu lieu dans l'ordre suivant :

4	fois chez des femmes âgées de moins de	30 ans.
13	.... âgées de	— 30 à 50 —
7	.... âgées de	— 50 à 70 —
Total 24		

On voit par conséquent que sur vingt-quatre cas, treize fois les kystes se sont développés chez des femmes âgées de 30 à 50 ans. Ce qui démontre ce fait établi déjà depuis longtemps que les kystes ovariques ont leur plus grande fréquence de trente à cinquante ans, dans la deuxième phase de la période génitale de la femme.

§ II. **Rapidité d'évolution des néoplasmes secondaires.**

Sur nos trente-deux observations, quatre ont rapport à des malades qui n'ont pas été opérées et dont le *décès* est signalé; dans quatre cas de femmes *opérées*, les suites éloignées de l'ovariotomie ne sont pas signalées; seize fois le décès serait survenu soit des suites immédiates de l'opération, soit de la généralisation des kystes ovariques et dans ces cas la survie des malades a été :

7	fois de	quelques	heures,
1	—	1	mois,
2	—	4	—
1	—	6	—
4	—	de 12 à 14	—
1	— de	6	ans.

Enfin chez huit opérées la survie est notée sans autre mention et doivent être considérées, pour ce qui regarde les opérées de M. Terrier, comme étant vivantes (1).

Or, pour juger de la rapidité d'évolution des tumeurs secondaires, nous ne pouvons prendre en considération que les observations des malades ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale. C'est le seul moyen, nous semble-t-il, d'éviter les causes d'erreur et d'établir d'une manière sérieuse l'espace de temps qui a séparé l'opération du début de la généralisation.

(1) Nous ferons remarquer que toutes les opérées de M. Terrier sont suivies et examinées autant que possible de temps en temps; par conséquent toutes les observations dans lesquelles il n'est pas signalé de décès ont rapport à des personnes qu'on voit de loin en loin.

Mais parmi nos vingt-sept opérées, treize présentaient déjà des tumeurs secondaires au moment de l'ovariotomie. Chez les quatorze autres opérées le temps nécessaire au développement des néoplasies secondaires a été :

5	fois	de	1	à	6	mois après l'opération ;
3	—	de	11	à	12	mois
3	—	de	1	à	2	ans
2	—	de	2	à	3	ans
1	—	de			4	ans

Nous voyons par ce relevé que la production des néoformations secondaires a lieu avec une grande rapidité et que, dans le plus grand nombre de cas, elle s'est effectuée en *moins d'un an* après l'ovariotomie ; et nos résultats sont en cela conformes à ceux de M. le Dr Poupinel.

§ III. Nature de l'intervention chirurgicale

De nos trente-deux cas, quatre n'ont pas bénéficié d'une intervention chirurgicale. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le paragraphe précédent, sept opérées ont succombé quelques heures après l'opération et parmi elles, cinq ont subi l'ovariotomie complète, une l'ovariotomie incomplète et une, une intervention dont la nature n'est pas signalée. Parmi les vingt et une autres, on a dix-huit cas où l'ovariotomie a été complète et trois fois où celle-ci n'a pu être pratiquée que partiellement.

En somme, nous avons quatre cas non opérés, quatre

ovariotomies incomplètes, vingt-trois ovariotomies complètes, un à intervention indéterminée.

§ IV. — **Siège des tumeurs secondaires.**

En considérant attentivement dans nos observations, les sièges des néoformations secondaires, il se dégage d'abord ce fait que ces sièges sont multiples dans un même cas, ensuite que le lieu d'élection des productions secondaires semble être la cavité abdominale et pelvienne, le diaphragme n'étant franchi et la propagation à la cavité thoracique n'ayant lieu que dans un nombre restreint de cas.

En relevant dans nos observations le nombre de fois dont chaque organe (viscères, séreuses, parois abdominales, etc...) a été atteint, nous trouvons comme siège des tumeurs secondaires :

Siège indéterminé	3
Cancer généralisé des organes abdominaux et thoraciques	1
Cancer abdominal diffus	3
Péritoine général	15
Péritoine pelvien seul	1
Ganglions mésentériques	1
Vessie	1
Utérus	3
Parois abdominales	2
Foie	1
Rate	1
Intestin grêle	1

Pédicule	1
Rein	1
Ovaire	1
Mamelle	1
Plèvre	3
Poumon	1
Diaphragme	1

Parmi les organes envahis, le péritoine est en première ligne; mais nous ferons remarquer ce fait important qu'il est envahi isolément dans la majorité des cas.

La plèvre et l'utérus viennent en second lieu dans notre relevé.

La généralisation diffuse aux organes abdominaux (rate, foie, rein, intestin, etc.), mérite d'être prise en considération, car elle est relativement fréquente.

§ V. — **Kystes végétants. — Ascite. — Œdème des membres inférieurs et des parois abdominales.**

Il est intéressant dans nos observations d'étudier séparément les kystes ovariques papillomateux, de rechercher s'il n'était pas une relation constante entre leur existence et certains symptômes cliniques, si leur généralisation n'offrait pas certaines particularités dignes de remarque au point de vue du siège des tumeurs secondaires et de leur rapidité d'évolution.

Dans nos 32 observations, le caractère végétant des tumeurs ovariques est indiqué 19 fois.

10 fois il est parlé de productions papillaires exis-

tant à la fois à la surface externe et interne des kystes ovariques;

3 fois on signale l'existence de végétations à la surface externe seulement;

5 fois c'est la surface interne seule qui est le siège des proéminences papillaires;

1 fois le caractère végétant du kyste ovarique est indiqué sans autre mention.

Nous ferons remarquer immédiatement qu'il est habituel de voir les végétations siéger à la surface et à l'intérieur des kystes et que, par contre, il est rare de les trouver isolément à la surface externe, les cavités kystiques en étant dépourvues.

De ces considérations sur les kystes végétants de l'ovaire, nous rapprocherons l'étude de l'ascite compliquant les tumeurs ovariques.

Nous constatons dans nos observations que l'ascite est signalée 17 fois; 13 fois elle accompagne des kystes végétants; 4 fois elle est signalée dans des observations qui sont d'un laconisme regrettable au sujet des caractères anatomiques des tumeurs ovariques; enfin dans six observations de kystes, dont le caractère végétant est suffisamment indiqué, l'ascite n'est pas signalée. La quantité de liquide évacué par les ponctions ou lors de l'ovariotomie est notée dans quelques observations; dans d'autres, cette quantité est qualifiée de *considérable*, ce qui à nos yeux ne constitue pas moins de six à huit litres de liquide ascitique.

L'ascite se montre donc ordinairement dans les kystes papillaires: dans la majorité des cas, lorsque les végé-

tations sont externes ou externes et internes à la fois; dans un petit nombre de cas lorsque les excroissances papillaires siègent à la surface interne; rarement lors de kyste ovarique non papillaire. Le fait a d'ailleurs été bien établi en France par les savantes communications de MM. Terrier, Duplay, Quénu, J. Lucas-Championnière, à la Société de chirurgie en 1885 et en Allemagne par Coblenz, Olshausen, Cohn, etc... Nous renvoyons d'ailleurs pour plus de détails à la thèse de M. Gundelach (Paris, 1887).

Nous ferons remarquer à titre de curiosité qu'il n'est pas bien rare de voir de petits papillomes de l'ovaire s'accompagner d'une ascite considérable; l'observation III nous en offre un bel exemple.

Sur trente-deux cas de kystes ovariques végétants ou non, s'étant généralisés, l'ascite s'est montrée dix-sept fois; dans six cas de kystes végétants elle devait exister très probablement, mais elle n'a pas été notée.

On voit en somme que dans le cas de kyste ovarique accompagné d'ascite, il faut réserver le pronostic, 1° parce que nous croyons que les kystes végétants, qui sont ceux qui s'accompagnent le plus souvent d'ascite, dénotent un processus très actif de néoformation, 2° parce que l'ascite est selon nous, en thèse générale, le témoignage clinique probable de l'envahissement de la séreuse péritonéale par les tumeurs secondaires (11 fois sur 32).

Quel a été le siège des tumeurs secondaires dans le cas de kystes végétants?

Il est remarquable de voir que pour la dissémination

des tumeurs secondaires à un kyste végétant de l'ovaire, la disposition des végétations à l'intérieur du kyste seulement ou à sa face externe importe peu ; le point important est la tendance végétante de la tumeur ovarique. Or, les tumeurs secondaires avaient pour siège:

la mamelle...........................	1	fois
le péritoine seul........................	4	—
la rate..................................	1	—
les ganglions inguinaux..................	1	—
le péritoine et l'épiploon...............	2	—
la vessie et le péritoine pelvien........	1	—
le petit bassin..........................	2	—
l'épiploon ou le péritoine et la plèvre..	3	—
le péritoine et l'utérus.................	1	—
la paroi abdominale et les organes abdominaux..............................	1	—

Il en résulte que le péritoine est le lieu d'élection des tumeurs secondaires consécutives aux kystes végétants et que la propagation à la cavité thoracique n'est pas un phénomène rare. Cependant ces conclusions n'étant basées que sur un nombre restreint de cas, il ne nous semble pas qu'elles doivent être acceptées.

Nous attirerons l'attention sur un symptôme que nous retrouvons sept fois dans nos observations et qui, concurremment avec les autres symptômes déjà décrits, peut avoir une certaine valeur au point de vue de la gravité du pronostic.

Nous voulons parler de l'œdème des parois abdominales et de celui des membres inférieurs, lesquels peu-

vent coexister ou se produire isolément. Nous tenons à signaler que dans tous les cas, l'ascite existait déjà lors de l'apparition de cet œdème. Nous n'allons pas établir entre ces deux phénomènes une relation absolue; nous croyons même jusqu'à un certain point à leur indépendance; cependant il nous semble que le fait vaut la peine qu'on le signale et c'est à quoi nous nous bornons.

Nous ferons remarquer en outre que l'œdème dans deux cas n'était pas constant, qu'il disparaissait complètement pour apparaître de nouveau au bout d'un certain temps. Ainsi dans l'observation I, il est noté « qu'à mesure que l'abdomen augmentait de volume après les ponctions, les jambes s'œdématiaient et une fois les ponctions faites, cet œdème disparaissait complètement.» Par conséquent l'œdème était le plus accentué lors des périodes de distension exagérée de l'abdomen.

§ VI. — Structure histologique des tumeurs secondaires.

Il eût été pour nous d'un grand intérêt d'étudier de près la nature des néoformations secondaires, de voir de quelles particularités de structure le pronostic pouvait être dépendant lorsque celles-ci étaient enlevées lors d'une première ovariotomie, enfin jusqu'à quel point l'analogie des tumeurs primitives et secondaires pouvait exister. Mais l'on comprend qu'il serait illusoire d'établir des conclusions tant soit peu vraisemblables lorsqu'on ne dispose que d'un nombre de cas très restreint dans lesquels l'examen histologique ait été pratiqué. Encore dans ceux où il existe, cet

examen laisse-t-il bien souvent à désirer : les tumeurs primitives sont bien examinées et leur description anatomo-pathologique est satisfaisante dans quelques observations; mais quant aux tumeurs secondaires elles sont simplement signalées et manquent absolument de détails circonstanciés, soit que l'examen n'en ait pas été fait, soit qu'elles n'aient pas été enlevées lors de l'ovariotomie.

Nous ne disposons que de six observations dans lesquelles il soit fait mention de la structure des productions métastatiques consécutives aux kystes de l'ovaire. Il est difficile de ranger sous des types distincts, les tumeurs secondaires dans ces observations (Obs. II, III, VII, VIII, IX, XI); car il peut coexister dans celles-ci, avec le bourgeonnement épithélial adénoïde, une dégénérescence colloïde partielle par exemple. Ce sont là les cas mixtes et les cas habituels; cette division n'a donc rien d'absolu. Ce qu'il est utile de signaler cependant, c'est que d'une façon générale les néoformations secondaires possèdent une structure identique à celle des tumeurs primitives qui leur ont donné naissance. Un kyste de l'ovaire qui présentera, par exemple, une dégénérescence carcinomateuse des parois se sera généralisée par des tumeurs secondaires qui possèdent ses caractères et revêtent le même aspect carcinoïde.

Nous ferons remarquer en outre qu'il est des cas où des kystes mucoïdes simples, sans dégénérescence carcinomateuse ou adénoïde des parois, peuvent donner naissance à des productions métastatiques. L'observation de M. Segond (Obs. IX) nous en offre un bel exem-

ple; dans ce cas, les néoformations secondaires des reins et du poumon étaient du même type que la tumeur primitive. Evidemment ces cas sont exceptionnels et on trouvera généralement dans les kystes qui se généralisent une dégénérescence carcinomateuse, adénoïde, colloïde ou sarcomateuse (assez rare) de leurs parois.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

Que pouvons-nous conclure après ces considérations sommaires sur les kystes mucoïdes de l'ovaire?

Les kystes ovariques non dermoïdes sont des épithéliomas; or, en tant qu'épithéliomas ils doivent être considérés comme étant de nature maligne. Cette malignité, sous l'influence de causes encore inconnues, se manifeste par la généralisation de ces kystes. Depuis que l'attention a été attirée là-dessus, les cas ont augmenté dans de singulières proportions et ils sont aujourd'hui d'observation vulgaire. Mais cette malignité est relativement faible; cela tient probablement, d'après M. le Dr Poupinel, à la tendance qu'ont ces épithéliomas à former des kystes. Il est de fait que plus un épithélioma de l'ovaire perd ses caractères kystiques, plus il s'approche par son aspect de celui d'une tumeur solide, et plus il faut compter avec sa malignité.

Dans le cas de généralisation, on observe dans la tumeur des productions adénoïdes, carcinoïdes ou colloïdes, voilà la règle; cependant elle peut avoir lieu avec des kystes prolifères ordinaires, c'est l'exception. D'ailleurs les tumeurs ovariques qui se généralisent sont le

siège d'une activité de développement exagérée. Cette énergie vitale peut porter soit sur le stroma, soit sur l'élément épithélial et, selon l'espèce, elle se manifestera soit par la prolifération des cellules épithéliales, soit par l'accroissement de ce stroma.

C'est lors de l'activité épithéliale qu'on verra des bourgeons épithéliaux en plus ou moins grande abondance, s'enfoncer dans le stroma conjonctif où ils conservent d'ordinaire le type adénoïde; ou bien les cellules épithéliales se disséminer dans le stroma, infiltrer par groupes de quelques cellules les travées conjonctives et donner ainsi à la tumeur l'aspect du véritable tissu cancéreux. Bien souvent les cellules épithéliales, dont la prolifération est exagérée, subissent la transformation colloïde, ce qu'il faut considérer aussi comme une preuve d'activité épithéliale.

D'ailleurs cet épithélium lui-même est sujet à une série de transformations, qui de cylindrique peut prendre les formes les plus variées de l'épithélium atypique ou métatypique, ce qui nous conduit ainsi facilement de ces kystes au cancer vrai.

Lors du bourgeonnement du stroma, on voit le tissu conjonctif proéminer du côté des cavités kystiques, après avoir soulevé l'épithélium qui tapisse celles-ci et former des végétations; un processus analogue aboutira à la formation de végétations externes.

Le bourgeonnement épithélial et le bourgeonnement conjonctif peuvent coexister, s'associer dans des proportions diverses et former des produits intermédiaires aux deux types purs que nous venons d'esquisser :

c'est d'ailleurs ce qui se passe presque toujours. L'on comprend combien on serait obligé de sacrifier les faits si l'on voulait prendre à la lettre la division des kystes en *glandulaires* et en *papillaires* qui a cours en Allemagne. Cependant je comprends en définitive que l'on admette jusqu'à un certain point cette distinction, pourvu qu'elle soit arbitraire ; le tableau qu'offrent les épithéliomas mucoïdes de l'ovaire est très complexe et très varié et, pour se reconnaître dans cette diversité d'aspect et de composition, il est nécessaire d'isoler nettement les kystes, dans lesquels l'élément épithélial a acquis une certaine supériorité sur l'élément conjonctif, de ceux dans lesquels ce dernier est prépondérant.

Dans l'immense majorité des cas, la généralisation se fait dans les organes de la cavité abdominale ; c'est le péritoine qui est le lieu de prédilection des néoformations secondaires, les viscères abdominaux, les parois abdominales et les organes thoraciques n'étant atteints que dans un nombre très limité de cas.

Cliniquement il est à remarquer que l'évolution des productions secondaires a rapidement lieu, généralement en moins d'un an après l'ovariatomie. Le tableau symptomatique de l'infection secondaire ne diffère alors en rien du tableau clinique du carcinome, et lorsque la récidive est localisée, le spectacle clinique est celui du cancer de l'organe envahi.

Mais jusqu'à quel point peut-on affirmer la malignité ou la bénignité d'un kyste ovarique ?

M. Lucas-Championnère disait à la société de Chi-

rurgie le 6 novembre 1885, qu'il ne se souvenait pas avoir guéri de tumeur ovarique compliquée d'ascite volumineuse et qu'il opérait avec beaucoup de réserve en pareil cas. On se récria, on trouva la proposition exagérée et dans la discussion qui suivit, MM. Verneuil, Pozzi, Reclus, s'élevèrent contre ces conclusions et n'attribuèrent pas à l'ascite une valeur pronostique aussi défavorable. Pour notre part, s'il nous était permis, devant de pareilles autorités, d'émettre notre opinion qui résulte de la considération attentive des cas publiés dans la thèse de M. Poupinel et de ceux que nous publions ici, nous dirions, pour ce qui est des kystes mucoïdes, qu'il y a lieu de se méfier de ceux que complique une ascite considérable; ils ont une grande tendance à se généraliser. Cela n'implique pas évidemment qu'il n'y ait que les kystes accompagnés d'ascite qui soient malins, car il est un petit nombre de cas de kystes dont la structure histologique ne laissait aucun doute sur leur malignité, qui se sont généralisés et dans lesquels l'ascite a fait défaut.

Outre l'ascite, la malignité d'un kyste ovarique pourra être soupçonnée par la réunion des symptômes suivants : développement rapide et brusque d'une tumeur existant déjà depuis longtemps, amaigrissement et cachexie rapides, adhérences multiples surtout dans le petit bassin, œdème des membres inférieurs et des parois abdominales sans relation avec le volume de la tumeur et la quantité de liquide ascitique, apparition de pleurésie. Tous ces symptômes se retrouvent nettement dans la plupart de nos observations.

De cette étude succinte, il est des déductions thérapeutiques qui nous semblent découler ; et si nous étions autorisés à les formuler, nous dirions volontiers :

Les kystes non dermoïdes de l'ovaire sont des épithéliomas ; comme tels ils sont susceptibles de manifester tôt ou tard leur malignité qu'ils tiennent de leur nature épithéliale. En présence d'une pareille perspective, *il faut les opérer tous et le plus tôt possible dès que le diagnostic est établi.* L'asepsie et l'antisepsie méthodiques et rigoureuses et non... *superficielles*... sont là qui garantissent, dans la majorité des cas, les résultats opératoires. Évidemment une certaine habileté de la part du chirurgien est nécessaire : la tâche est souvent bien pénible ; mais l'intervention chirurgicale,dans bien des cas, est la seule chance de salut des malades et il ne faut guère l'oublier. C'est à l'ovariotomie *précoce* que nous donnons la préférence; et, dans tous les cas, quelle que soit l'époque à laquelle l'ovariotomie est pratiquée, c'est elle seule qui peut nous présenter une sérieuse garantie thérapeutique.

TABLE DES MATIÈRES

Vu, le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu par le président de thèse,

CORNIL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

Le Mans. — Typographie Ed. Monnoyer